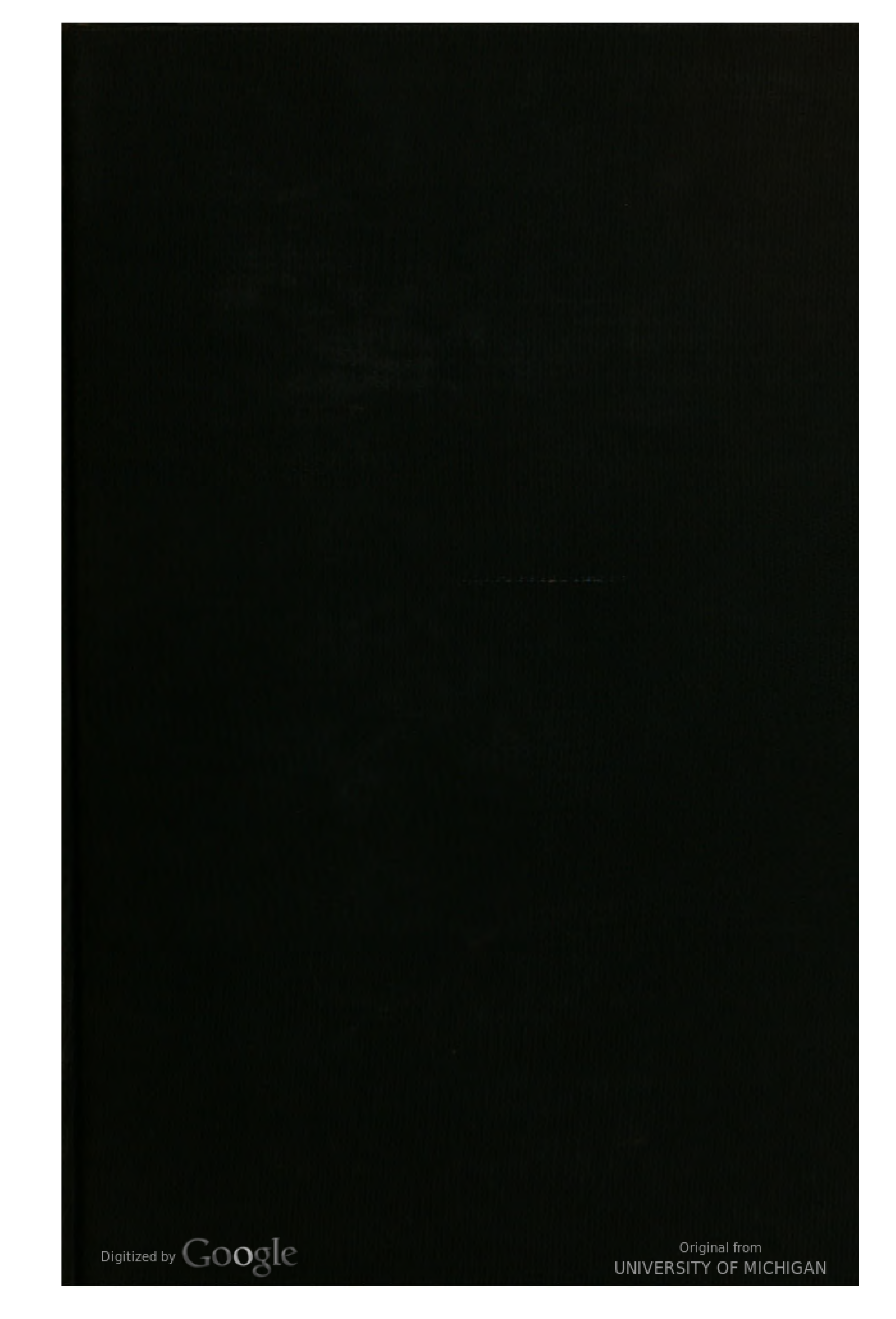
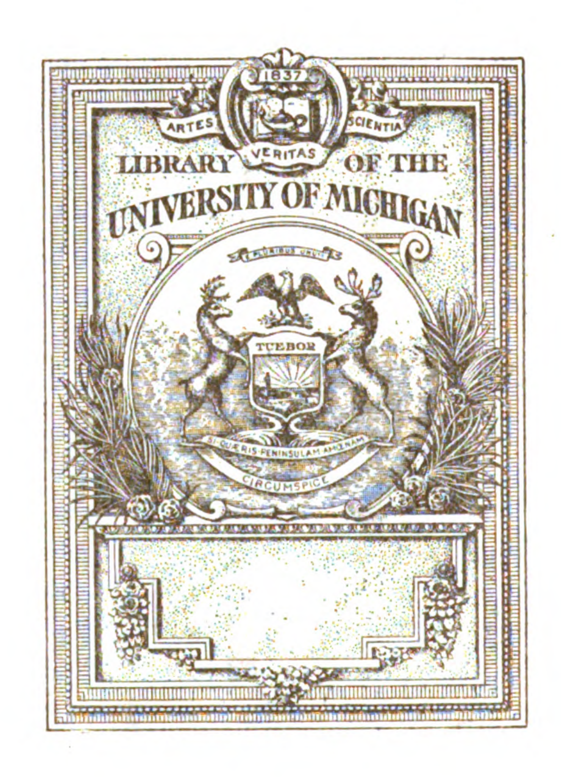





1837
ARTES
SCIENTIA
VERITAS
LIBRARY OF THE
UNIVERSITY OF MICHIGAN
TUEBOR
SI QUAERIS PENINSULAM AMOENAM
CIRCUMSPICE


Digitized by Google


Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

ARCHIV

FÜR

DERMATOLOGIE UND SYPHILIS

BEGRÜNDET VON H. AUSPITZ UND F. J. PICK

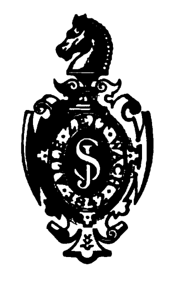
UNTER MITWIRKUNG VON

HERAUSGEGEBEN VON

J. JADASSOHN-BRESLAU UND **W. PICK**-TEPLITZ-SCHÖNAU

REFERATE

133. BAND



BERLIN

VERLAG VON JULIUS SPRINGER

1921



Druck der Spamerschen Buchdruckerei in Leipzig.

ARCHIV
FÜR
DERMATOLOGIE UND SYPHILIS

BEGRÜNDET VON H. AUSPITZ UND F. J. PICK

UNTER MITWIRKUNG VON

ALMKVIST-STOCKHOLM, **AMICIS**-NEAPEL, **BETTMANN**-HEIDELBERG, **BLASCHKO**-BERLIN, **BOAS**-KOPENHAGEN, **BRUCK**-ALTONA, **BRUHNS**-BERLIN, **BUSCHKE**-BERLIN, **CEDERCREUTZ**-HELSINGFORS, **CRONQUIST**-MALMÖ, **DOHI**-TOKIO, **EHLERS**-KOPENHAGEN, **FABRY**-DORTMUND, **FREUND**-WIEN, **FRIEBOES**-ROSTOCK, **GALEWSKY**-DRESDEN, **GROSZ**-WIEN, **GROUVEN**-HALLE, **HAMMER**-STUTTGART, **HARTTUNG**-BUNZLAU, **HAUCK**-ERLANGEN, **HELLER**-BERLIN, **HEUCK**-MÜNCHEN, **HOCHSINGER**-WIEN, **JANOVSKY**-PRAG, **JESIONEK**-GIESSEN, **JOSEPH**-BERLIN, **JULIUSBERG**-BRAUNSCHWEIG, **KLOTZ**-NEW YORK, **KOPYTOWSKI**-WARSCHAU, **KRZYSZTALOWICZ**-KRAKAU, **KUZNITZKY**-BRESLAU, **KYRLE**-WIEN, **LEDERMANN**-BERLIN, **LEWANDOWSKY**-BASEL, **LINSER**-TÜBINGEN, **LIPSCHÜTZ**-WIEN, **LUITHLEN**-WIEN, **LUKASIEWICZ**-LEMBERG, **MAJOCCHI**-BOLOGNA, **MATZENAUER**-GRAZ, **MAZZA**-PISA, **MEIROWSKY**-KÖLN, **MERK**-INNSBRUCK, **NOBL**-WIEN, **OPPENHEIM**-WIEN, **PHILIPPSON**-PALERMO, **PINKUS**-BERLIN, **REENSTIERNA**-STOCKHOLM, **REYN**-KOPENHAGEN, **RIECKE**-GÖTTINGEN, **RILLE**-LEIPZIG, **ROSENTHAL**-BERLIN, **ROST**-FREIBURG, **RUSCH**-WIEN, **SCHÄFFER**-BRESLAU, **SCHERBER**-WIEN, **SCHÖNFELD**-GREIFSWALD, **SCHUMACHER II**-AACHEN, **SCHÜTZ**-FRANKFURT A. M., **SEIFERT**-WÜRZBURG, **SPIETHOFF**-JENA, **STERN**-DÜSSELDORF, **TÖRÖK**-BUDAPEST, **TOMASCZEWSKI**-BERLIN, **TOUTON**-WIESBADEN, **ULLMANN**-WIEN, **VÖRNER**-LEIPZIG, **VOLK**-WIEN, **VOLLMER**-KREUZNACH, **WAELSCH**-PRAG, **v. WATRASZEWSKI**-WARSCHAU, **WECHSELMANN**-BERLIN, **WINKLER**-LUZERN, **WINTERNITZ**-PRAG, **v. ZEISSL**-WIEN, **ZINSSER**-KÖLN

UND IN GEMEINSCHAFT MIT

ARNDT BERLIN **ARNING** HAMBURG **BLOCH** ZÜRICH **CZERNY** BERLIN **EHRMANN** WIEN **FINGER** WIEN **HERXHEIMER** FRANKFURT A. M.
HOFFMANN BONN **KLINGMÜLLER** KIEL **KREIBICH** PRAG **v. NOORDEN** FRANKFURT A. M. **RIEHL** WIEN **SCHOLTZ** KÖNIGSBERG
VEIEL CANNSTATT **ZIELER** WÜRZBURG **v. ZUMBUSCH** MÜNCHEN

HERAUSGEGEBEN VON

J. JADASSOHN-BRESLAU UND **W. PICK**-TEPLITZ-SCHÖNAU

REFERATE

133. BAND

(AUSGEGEBEN AM 18. MAI 1921)



BERLIN
VERLAG VON JULIUS SPRINGER
1921

Preis M. 128.—



Inhalt.

Übersichtsreferat.

Verhandlungsberichte.

Fachzeitschriften.

Buchanzeigen.



Archiv für Dermatologie u. Syphilis. Berichtteil.

Bd. CXXXIII.

Ätiologie und Pathogenese der Tuberkulide[1].

Von

Dr. Richard Volk.

Als ich es übernahm, über obiges Thema zu referieren, war es mir von vornherein klar, daß ich viel Neues nicht werde bringen können. Der Krieg hat viele Forscher vom Arbeiten überhaupt abgehalten, indem er von ihnen andere zwingende Notwendigkeiten forderte, andererseits war es bei uns infolge des Tiermangels, der fortwährenden Unruhe und Unrast fast unmöglich, an eine Forschung zu denken, welche große Versuchsreihen, Stetigkeit und Ausdauer des Arbeiters verlangten für ein Gebiet, das bei allem hohen Interesse in theoretischer Hinsicht und in der Detailarbeit doch für die Praxis und für die unmittelbaren Notwendigkeiten in den Hintergrund treten mußte.

Immerhin sind in den letzten Jahren einige wichtige Arbeiten erschienen, welche mancher von uns erst jetzt zu Gesichte bekam, und die schon deshalb, aber auch aus dem Grunde, weil sie manche Fragen zu einem gewissen Abschlusse oder aber doch so weit vorwärts brachten, daß von einem festeren Standpunkte aus weiter gearbeitet werden kann, einen kurzen Überblick gerechtfertigt erscheinen lassen, der selbstverständlich nur aphoristisch sein kann.

Ich habe mich bemüht, die Grenzen meines Themas streng einzuhalten, so daß meine Ausführungen tatsächlich nur eine Ergänzung meines Korreferenten bilden. Die Franzosen und an ihrer Spitze Darier waren es, welche bestimmte Hauterkrankungen in Gruppen zusammengefaßt und sie auf Grund klinischer und mikroskopischer Argumente der Tuberkulose nahegestellt haben, von der sie sich nur durch das Fehlen des Bazillenbefundes unterscheiden sollten, weshalb man die Toxinwirkung für deren Entstehen verantwortlich machte; das Verdienst vor allem der deutschen Schule, insbesondere von Jadassohn, Neisser und ihrer Schüler, ist es, Licht in die Verhältnisse der Infektionswege, der komplizierten Wechselbeziehungen zwischen Infektion und Immunitätsreaktion des Organismus gebracht zu haben, wodurch die Wege wenigstens einigermaßen erhellt wurden, wenn es auch des Dunkeln, Ungeklärten noch genug gibt. Es braucht nur auf das so außerordentlich gehaltvolle Referat Jadassohns verwiesen werden, welches wir

[1]) Referat, erstattet in der Sitzung der Wiener dermatologischen Gesellschaft vom 22. Mai 1919.

auf dem XI. deutschen Dermatologenkongreß hier in Wien zu hören Gelegenheit hatten, kein einfaches Referat, eine Beherrschung und Durchdringung der Materie, eine kritische Bearbeitung des bereits Erreichten, ein Ausblick auf noch zu Erstrebendes, daß in der nächsten Zeit immer darauf wird rekurriert werden müssen.

Es schien mir zweckmäßig, den Stoff nach zwei Gesichtspunkten zu ordnen:

1. Ätiologische Erforschung der Tuberkulide;
2. Beeinflussung der Tuberkulidfrage durch die moderne Immunitätslehre und die experimentelle Erzeugung tuberkulidähnlicher Erkrankungen beim Tiere.

Die Bearbeitung der Tuberkulidfrage stößt schon deshalb auf große Schwierigkeiten, weil vielfach Krankheitsbilder, welche schon klinisch nicht eindeutig sind, einbezogen und zur Lösung wichtiger Fragen herangezogen werden, deren Kritik und Einreihung nachträglich nicht leicht ist. Andererseits sind die angewandten Untersuchungsmethoden sehr häufig unzureichend, nicht exakt, die Verwertung der einzelnen Befunde sehr willkürlich und nicht nach einheitlichen Gesichtspunkten durchgeführt. Welch ungeheure Arbeit Jadassohn in seinen diesbezüglichen Abhandlungen in Mračeks Handbuch und in seinen Referaten geleistet hat, weiß nur der zu schätzen, welcher selbst veranlaßt war, die Literatur wissenschaftlich zu verarbeiten. In dieser Hinsicht sei auch die Arbeit Zielers (Hauttuberkulose und Tuberkulide in „Praktische Ergebnisse auf dem Gebiete der Haut- und Geschlechtskrankheiten") rühmend erwähnt.

Weil prinzipiell am wichtigsten und die Methodik seit Kochs Arbeiten ja bestand, wurde die erste Frage auch zuerst in Angriff genommen. Zwei Wege können in dieser Hinsicht zum Ziele führen: der Nachweis des Erregers oder aber die indirekte Beweisführung durch Immunitätsreaktionen auf den Erreger oder der durch ihn erzeugten Krankheitsprodukte. Seit der pathologische Anatom erkannt hatte, daß der Tuberkel auch im histologischen Sinne nicht absolut charakteristisch für die Tuberkulose ist — ein Standpunkt, den besonders Jadassohn mit aller Konsequenz vertreten und in der Dermatologie zum Durchbruch gebracht hat, wobei er besonders auf ganz ähnliche Erscheinungsformen bei Syphilis und Lepra hingewiesen hat, — da das statistisch festgestellte häufige Zusammentreffen einer Erkrankung mit sonstiger sicherer Tuberkulose auch nur den Wert einer Wahrscheinlichkeitsrechnung hat, sind die beiden ersten Wege wohl als die einzig sicheren zu bezeichnen.

Der Nachweis der Tb. im Schnitte kann nur dann als überzeugend gelten, wenn solche tatsächlich im Gewebe in charakteristischer Färbung, Form und eventuell Lagerung zur Ansicht kommen, wobei man sich des Ziehlschen oder Muchschen Verfahrens bedienen kann; in Auflagerungen, Krusten und Borken



gefundene Tb. können auch zufällige Verunreinigungen sein. Kommt Lepra mit in Frage, dann wird nur die Züchtung eine Entscheidung bringen. Dem Antiforminverfahren nach Uhlenhuth, welches ja gerade bei einer geringen Anzahl der Bazillen bessere Resultate versprechen würde, haften so viele Fehlerquellen an, daß seine Ergebnisse im positiven Sinne nur mit größter Vorsicht zu verwerten sind. Im Wasserleitungswasser, auf der pathologisch veränderten Haut kommen säurefeste Bazillen vor, von besonderer Wichtigkeit ist es aber, daß die isolierten Stromata der roten Blutkörperchen sich bei Färbung nach Ziehl und Much ganz wie Tb. verhalten können, eine Unannehmlichkeit, welche auch bei Auflösung von Hautstückchen nicht vermieden werden kann. Das Antiforminverfahren wird daher nur den Wert eines erhöhten Verdachtsmomentes haben.

Auch beim Züchtungsverfahren muß darauf geachtet werden, daß von der Hautoberfläche nicht infektiöses Material verimpft wird; jedenfalls ist die Züchtung aus Hautmaterial sehr schwierig, doch gelang sie schon Koch, und Lewandowsky fand sie in einigen Fällen sogar der Verimpfung überlegen; er benützte die Glyzerinkartoffel.

Die verhältnismäßig einfachste sichere Methode ist die der Verimpfung auf das Meerschweinchen, dem das fein verkleinerte Material tief subcutan einverleibt wird, wozu noch die Quetschung der regionären Lymphdrüsen nach A. Bloch treten kann. Die Beobachtung muß eine möglichst lange, über Monate sich erstreckende sein, selbstverständlich ist nur ein positives Resultat beweiskräftig; sicher auszuschließen muß eine Stallinfektion und Pseudotuberkulose sein, und wollen wir ganz exakt sein, so müssen wir uns an die Kardinalpunkte Kochs halten.

Erwähnt seien hier auch die Serienimpfungen von Br. Bloch und Fuchs, welche sie bei Lupus erythematosus anwandten, die aber schon früher bekannt und zur Ausführung gelangt waren. Große Stücke desselben wurden fein zerteilt verimpft, und wenn nach Monaten keine Tb. beim Tiere nachzuweisen war, wurden die Drüsen des getöteten Tieres auf ein gesundes verimpft und dies in derselben Weise in einer dritten Serie weitergeführt. Ähnlich müßte auch bei anderen Erkrankungsformen mit voraussichtlich spärlichem Bazillenmaterial vorgegangen werden.

Von den Immunitätsreaktionen ist als einzig bedeutungsvolle für die Diagnosestellung der Hauttuberkulose nur die Tuberkulinreaktion anzusehen, während Komplementbindung, Agglutination und Opsoninbestimmung für diesen speziellen Zweck keine brauchbaren Resultate liefern. Für die Diagnose kommt zunächst die subcutane Injektion des Tuberkulins in Betracht, insofern, als darauf eine deutliche Herdreaktion der Hauterkrankung erfolgt, während Allgemeinreaktionen ja nur ein Indikator dafür sind, daß irgendwo im Körper ein Tuberkuloseherd vorhanden ist oder war; es wäre

dabei zu beachten, daß man von vornherein, falls nicht Kontraindikationen von seiten der inneren Organe bestehen, sofort mit stärkeren Dosen, also $^1/_{10}$—$^1/_2$ mg, beginne und bei negativem Ausfalle auf 1 mg, 3 mg steige (Jadassohn). Der negative Ausfall beweist auch hier nichts, der positive muß bei Differentialdiagnose zu Lepra und tuberkulösen Formen der Syphilis mit Vorsicht verwendet werden. Daß Lepra auf Tuberkulinreaktionen auch lokal reagieren kann, ist sichergestellt, Möllers, Much und Leschke beziehen dies auf Gruppenreaktion, welche bei der nahen chemischen Verwandtschaft von Lepra- und Tuberkelbazillen viel Wahrscheinlichkeit für sich hat. Dafür spräche auch, daß Datto bei einem Leprafall positive Abderhaldensche Reaktion mit Tuberkelbazillen erhalten hat. Jadassohn fand nun, daß drei tuberkuloide Syphilisfälle auf Einreibung von Morosalbe deutliche Lokalreaktion gaben, was die Angabe von Much bestätigt, daß syphilitische Produkte auf subcutane Tuberkulingaben lokal reagieren können. Lewandowsky stellt zur Erklärung dieses auffallenden Befundes die Hypothese auf, daß die Eiweißantikörper der Spirochäten und der Tb. einander verwandt seien, es sich also auch um eine Gruppenreaktion der identischen Eiweißkörper handle. Beweise hierfür fehlen vollständig. Ob es nicht doch, wenn auch klinisch nicht nachweisbare, Tuberkuloseherde im Körper gegeben hat, sich Antikörper gerade in den chronischen Syphilomen angehäuft haben und so die Herdreaktion zustande kam, ist nicht auszuschließen. Ich verweise diesbezüglich auch auf die Angabe Sorgos, der bei typhusvaccinierten Typhösen die Vaccinationsstellen reagieren sah, und würde in ähnlichem Sinne auch die Befunde Meirowskys deuten, daß die durch Luesextrakt bei Tuberkulösen hervorgerufenen Cutisreaktionen auf Tuberkulininjektion neuerlich aufflammten; nach Sorgo würde in diesen Fällen eine nicht spezifische Reaktion der allergischen Haut auftreten.

Die Diffentialdiagnose zwischen Infektionen mit bovinen und humanen Tuberkelbazillen kann wohl mit Tuberkulinen entsprechender Provenienz nicht gemacht werden, wie eigene Untersuchungen mit Kraus, Angaben von Pirquet, Meirowsky lehrten, im Gegensatz zu Detre, Ciuffo, während dies mit Bakterien wenigstens gegenüber der Geflügeltuberkulose möglich ist.

Andere Applikationsarten des Tuberkulins haben für den Dermatologen insofern Bedeutung, als ein stärkerer Ausfall derselben im Erkrankungsherde selbst im Vergleich zur nicht erkrankten Haut sehr für die tuberkulöse Natur der Affektion spricht. Anwendbar für diesen Zweck sind die percutane Applikation der Moroschen Salbe, die Cutanreaktion nach Pirquet und die Intradermoreaktion nach Mautoux.

Wenn wir nun auf Grund des Bazillennachweises bzw. der positiven Herdreaktion auf Tuberkulinzufuhr die Zugehörigkeit von



früher zu den Tuberkuliden gerechneten Hauterkrankungen zur Tuberkulose bestimmen, so sind dahin heute unbedingt zu zählen: die Miliartuberkulose der Haut, die Tuberculosis lichenoides, Tbc. papulo-necrotica, die Tuberculosis indurativa. Man wird ceteris paribus speziell bei der Verimpfung um so eher ein positives Resultat erhalten, je mehr Versuche angestellt werden, je reichlicher das verimpfte Material ist, je frischer die exzidierte Efflorescenz ist; denn es ist selbstverständlich, daß das junge Krankheitsprodukt im allgemeinen eher noch den unveränderten, virulenten Krankheitserreger beherbergen wird als ältere Efflorescenzen, bei welchen die reaktiven, auf Elimination oder Vernichtung des schädigenden Agens gerichteten Kräfte des Organismus bereits zur Wirksamkeit gelangt sind, Umstände, auf die wir später bei Besprechung der Immunitätsfragen ja noch zurückkommen müssen. Es ist nebenbei wohl kein Zweifel, daß je richtiger die klinisch-mikroskopische Diagnose gestellt wird, je weniger nur äußerlich ähnliche Krankheitsfälle in gut charakterisierte Krankheitsbilder hineingemischt werden, kurz je weniger falsch diagnostizierte Erkrankungen zur Lösung der Tuberkulidfrage herangezogen werden, desto einheitlicher die gewonnenen Resultate sein werden. Dann muß aber auch ein eindeutiger positiver Bazillenbefund beweisender sein als zehn negative.

Was die Miliartuberkulose anlangt, verdanken wir vor allem Leiner und Spieler genaue Kenntnisse dieser Erkrankung; dieselben konnten mitunter enorme Mengen von Tb. nachweisen, welche durch den Verschluß der arteriellen Gefäßchen Nekrose bewirken oder aber je nach Ablauf des Prozesses, d. h. nach der Menge der zerfallenen Tb. zur Bildung eine Lymphocytenwalles, ja sogar zu Bildern ähnlich einem papulo-nekrotischen Tuberkulid führen können.

Beim Lichen scrofulosorum ist die Herdreaktion fast immer positiv, besonders bei Einreibung mit Moroscher Salbe (Jadassohn). Man muß annehmen, daß die Antikörperproduktion beim Lichen besonders stark ist, wodurch erklärlich wird, daß positive Bazillenbefunde noch zu den Seltenheiten gehören, immerhin konnten sie in einer Reihe von Fällen sowohl im Schnitte als auch durch das Tierexperiment erbracht werden (Jacobi, Wolff, Lewandowsky, Pellizari, Whitfield u. a.); bei dieser Erkrankung wird es sich vor allem darum handeln, möglichst frische Knötchen zum Nachweis zu verwenden.

Die Tuberculosis papulo-necrotica reagiert auf Tuberkulin nicht so prompt wie der Lichen, was vielleicht mit den erschwerten Zirkulationsverhältnissen zusammenhängt, immerhin aber doch häufig genug positiv. Wenn für einzelne Fälle von Leiner und Spieler, Lateiner mit positivem Bazillennachweis im Schnitte vielleicht der Einwand noch gelten kann, daß sie zur Miliartuberkulose gehört haben, so haben Bosselini, Whitfield Bazillen im Schnitte auch bei Tuberkuliden Erwachsener gefunden, Lier,



Gougerot positive Impfresultate erhalten. Feer fand unter 8 Fällen von typischen klein-papulösen Hauttuberkuliden beim Kinde in einem Falle im Schnitte Tb., in einem zweiten Falle war der Tierversuch positiv.

Für das Erythema induratum ist unter anderem durch Gavazzeni, Thibierge und Revaut, Fox, Kuznitzky, Schidachi (Fälle nicht ganz typisch) der Bazillennachweis im Schnitte erbracht, von Gougerot, Lier bei einem Falle von Erythema induratum und acneiformem Tuberkulid durch das positive Impfresultat, während viele andere Untersucher erfolglos auf Tiere überimpften; trotzdem ist die weitaus überwiegende Mehrzahl der Dermatologen auf dem Standpunkt der tuberkulösen Ätiologie des Erythema induratum, während die Zahl der Anhänger der Toxituberkulidnatur heute verschwindend klein ist. Tuberkulinreaktion ist häufig positiv. Streng zu scheiden sind natürlich die Erkrankungsformen anderer Ätiologie, besonders Syphilis und Lepra. Nicht ganz von der Hand zu weisen ist es, daß einmal auch andere banale Mikroorganismen Krankheitsbilder ähnlich dem Erythema induratum erzeugen können, jedenfalls wären dies große Seltenheiten und strikte Beweise hierfür liegen nicht vor. Andererseits hat Pollak die These aufgestellt, daß das Erythema nodosum, das wenigstens im Kindesalter ausschließlich bei tuberkulösen Individuen vorkommt, tatsächlich eine tuberkulöse Hautaffektion sei. Jacquerod schließt aus 2 Fällen, daß das Erythema nodosum in einer großen Anzahl von Fällen der Ausdruck einer vorübergehenden Bazillämie, ausgehend von latenten tuberkulösen Herden, sei. Symes fand unter 20 Fällen von Erythema nodosum bei sechs deutliche Anzeichen von Tuberkulose. Landouzy hat nun bei einem Falle Gefäßveränderungen in Form von Wucherungen der Endothelien gefunden, in einem Blutgerinnsel in einem Gefäßlumen lag ein Tb., das mit Knotenmaterial geimpfte Meerschweinchen ging ein. Wenn es sich nun in diesem Falle wirklich um ein Erythema nodosum und nicht, wie mir wahrscheinlicher, um ein Erythema induratum gehandelt hat — die klinische Differenzialdiagnose ist nicht immer leicht, oft unmöglich, ja auch die pathologisch-anatomische Untersuchung kann ähnliche Bilder geben —, so wäre er sehr beweisend für die tuberkulöse Natur wenigstens eines Teiles der nodosen Hauterkrankungen; aber nur eines kleinen Teiles. Denn wir müssen vorläufig noch immer das Erythema nodosum symptomatisch auffassen, ein Symptom, unter welchem syphilitische, lepröse, „rheumatische" Erkrankungen, Arzneiexantheme (Jod) und vielleicht einmal auch — bei der Polymorphie der tuberkulösen Hautreaktionen — tuberkulöse Erkrankungen vorkommen können. Herdreaktionen sind bisher nicht beschrieben, auch die wenigen Tierexperimente beim typischen Erythema nodosum fielen negativ aus. Zu einer Verallgemeinerung dürfen wir uns beim Erwachsenen wenigstens vor-

läufig nicht verleiten lassen. Aber auch beim Kinde verwahrt sich Moro dagegen; unter 30 Fällen haben vier auf Tuberkulin überhaupt nicht reagiert, so daß er die Auffassung des Erythema nodosum als Tuberkulid ablehnt, trotzdem es häufig bei tuberkulösen Kindern vorkommt. Auch Hegler lehnt die tuberkulöse Ätiologie des Erythema nodosum ab und meint, daß das häufige Vorkommen desselben bei Tuberkulose dadurch erklärlich ist, daß Wechselwirkungen zwischen beiden Erkrankungen insofern bestehen, als die eine den Boden für die andere vorbereitet.

Es wäre meiner Ansicht nach heute nichts mehr dagegen einzuwenden, daß die Gruppe der subcutanen Sarkoide Darier-Roussy endlich definitiv in der Tuberculosis indurativa aufgehe, da prinzipielle Unterschiede vom klinischen Standpunkte nicht bestehen, wofür auch Lewandowsky und Zieler plädieren nach den Befunden von Feulard, Fournier, Harttung und Alexander, Mucha, Winkler, Nobl; dies gilt nicht nur für die Sarcoides nodularies et noueuses des membres, sondern auch für die Sarcoides souscoutanées Darier-Roussy. Bei anderen Fällen ist die Ätiologie in einer syphilitischen Infektion zu suchen (Pautrier), besonders in jenen, welche positive Wassermannreaktion aufweisen und prompte Rückbildung auf Salvarsan zeigen; vielleicht können auch andere Infektionskrankheiten „Sarkoid"bildungen im Gefolge haben.

Ich habe neben Erythema induratum der Unterschenkel und Scrophulodermen im Gesichte typische Darier-Roussysche Sarkoidknötchen am Rumpfe gesehen, mit denen mir ein positiver Impfversuch am Meerschweinchen gelungen ist. Auch Nobl hält nach seinen Erfahrungen beide Affektionen für identisch. Herdreaktionen auf AT. sind mehrfach positiv (Kreibich und Kraus, Königstein). Die Untersuchungen Schaumanns sprechen mindestens nicht dagegen. Es gibt natürlich Übergänge zu ähnlichen Affektionen, welche unter anderem Namen gehen (Lupus pernio) und Fälle unbekannter Ätiologie, welche Zieler zu einer Gruppe zusammenfassen will. Unter solchen ist vom ätiologischen Standpunkte der interessanteste der von Gougerot, welcher histologisch der Mycosis fungoides nahesteht, aber positiven Impfversuch gab.

Schwierig ist derzeit auch noch die Stellungnahme beim Lupus erythematosus. Schon klinisch spricht manches dafür, ihn als zur Hauttuberkulose gehörig, bzw. mit tuberkulösen Erkrankungen des Organismus in Zusammenhang stehend zu erachten: das häufige Vorkommen von Halsdrüsenschwellungen, gleichzeitige anderweitige Tbc. des Körpers (Ullmann, Robbi, Fabry, Ehrmann und Reines, Oppenheim), besonders aber auch die Besserung des Lupus nach Exstirpation der Drüsen; daneben gibt es wieder eine Reihe von Fällen, welche klinisch keine Tbc. erkennen lassen, ja bei denen selbst am Sektionstisch eine solche nicht nachzuweisen war (Reitmann und Zumbusch, Kraus und Bohač, Kren,



Arning u. a.). Ich selbst habe unter 12 klinisch durch lange Zeit beobachteten chronischen Fällen von Lupus erythematosus des Gesichtes im letzten Jahre fünfmal submaxillare Drüsenschwellung konstatieren können bzw. auftreten sehen, dieselbe ging bei allen Fällen auf Röntgen zurück, ohne daß der geringste Einfluß auf den Lupusherd zu bemerken gewesen wäre. In einem weiteren Falle wurde eine Drüse exstirpiert und zeigte neben deutlichem tuberkuloiden Bau zentrale Verkäsung, Tb. konnte ich im Schnitte nicht finden.

Mikroskopisch wurden bisher Tb. nicht nachgewiesen außer in dem Falle von Bloch, der über grampositive Stäbchen im Schnitte berichtet, dagegen gelang dies bereits mehrmals im Antiforminpräparat, bei welcher Methode allerdings die eingangs erwähnten Bedenken nicht außer acht zu lassen sind (Arndt, Spiethoff, Hidaka, Zieler, Friedländer).

Gougerot war der erste, dem bei einem chronischen typischen Falle der Impfversuch positiv ausfiel; den Fall von Ehrmann und Reines möchte ich nicht verwerten, da gleichzeitig papulo-necrotische Tuberkulide vorhanden waren. Bei einer Reihe von Fällen gingen dann Bloch und Fuchs die Frage an, indem sie größere Hautstücke, besonders frischerer Herde, verimpften und sich der Serienimpfung bedienten. So gelang es ihnen, bei 4 Fällen positive Resultate zu erhalten. Zieler berichtet, daß auch Arndt bei Verimpfung seines ersten positiven Falles beim Meerschweinchen eine verkäste Mesenterialdrüse mit zahlreichen säurefesten Bazillen gefunden habe. Eine Reihe anderer Fälle fiel negativ aus. Andere Untersucher hatten vollständig negative Ergebnisse (Verrotti, Nobl, Meber, Spiethoff usw.), trotzdem in Spiethoffs Fall im Antiforminpräparate säurefeste Stäbchen gefunden worden waren.

Ebenso ungleichmäßig reagieren die Fälle von Lupus erythematosus auf Tuberkulinzufuhr in den verschiedenen Formen, vielfach bleibt auch die Allgemeinreaktion vollständig aus, selbst bei Dosen von 10—15 mg (Weiß, Riehl, Zieler, Kren usw.). Auf Einreibung mit Morosalbe reagiert ein Teil der Fälle positiv, andere negativ, dasselbe ungleichmäßige Verhalten ist bei Cutanimpfungen in den Krankheitsherden zu konstatieren, welche bald stärkere Reaktionen ergeben als bei Impfung in gesunden Hautpartien, bald ist ein Unterschied nicht vorhanden. Die Herdreaktion nach subcutaner Tuberkulinapplikation ergibt nur in der Minorität der Fälle positives Resultat. Unter meinen 12 Fällen bekamen 4 Patienten nach subcutaner Injektion Fieber, 3 zeigten deutliche Herdreaktion, von denen einer als typischer Lupus erythematosus auch durch die Probeexcision verifiziert werden konnte und die Herde sowohl im Gesichte als auch am Stamme reagierten.

Noch auffallender ist es, daß selbst bei positiver Tuberkulinreaktion nicht alle Herde reagieren müssen, einzelne auch reaktions-



los bleiben, in Kombinationsfällen von Tuberkuliden und Lupus erythematosus oft die ersteren reagieren, die letzteren nicht (Robbi, Kyrle, Lewandowsky).

Da alle Prüfungsmethoden auf Tuberkulose uns bei einer so häufigen und oft schweren Erkrankung, wie der Lupus erythematosus es ist, so variable Resultate ergaben, versuchten Bloch und Fuchs durch intracutane Verimpfung filtrierter Extrakte von Lupus erythematosus auf stark tuberkulinempfindliche Kranke klarere Ergebnisse zu erzielen; in 3 Fällen traten Impfpapeln mit zum Teil tuberkuloidem Bau auf, die auf subcutane AT.-Injektion aufflammten, während bei einer Kontrollpapel, welche mit Extrakt aus gesunder Haut erzielt worden war, dies nicht eintrat.

Resumieren wir die erhaltenen Resultate, so ergibt sich, daß vieles für eine Beziehung zur Tuberkulose spricht: als wichtigstes wohl vor allem die positiven Impfresultate beim Tiere, der Nachweis von Tb. ,die jetzt doch schon in einer ganzen Reihe von Fällen erhaltene positive Herdreaktion auf subcutane AT.-Injektionen, das gleichzeitige Vorkommen und die scheinbare Abhängigkeit mit lokalen tuberkulösen Drüsenschwellungen und sonstigen tuberkulösen Erkrankungen und die intracutane spezifische Reaktion mit Extrakt aus Erythematosusefflorescenzen. Dagegen sind als wichtigste Argumente — abgesehen von dem nicht gesetzmäßigen Vorkommen der für Tbc. sprechenden Befunde, was gewiß nicht ausschlaggebend sein kann — vor allem die absolut bezüglich sonstiger Tbc. negativen Sektionsbefunde (Kren, Arning); für diese müßte eine rein lokale und lokalisiert bleibende Infektion der Haut mit Tb. angenommen werden, wobei die Tb. entweder modifiziert wären oder einen modifizierten Boden infizieren; ferner ist noch ungeklärt der histologische Befund beim Lupus erythematosus, der nie ein tuberkuloides Gewebe aufweist.

Diesem letzteren schwerstwiegenden Bedenken suchte man durch Versuche, den Lupus erythematosus experimentell zu erzeugen, beizukommen. Die ersten Versuche von Gougerot und Laroche sind wohl nicht überzeugend. Dagegen scheinen auch da Versuche von Bloch und Fuchs einen Schritt nach vorwärts zu kommen. Injektionen von abgetöteten Tb. bei Lupus erythematosus-Kranken erzeugten tuberkuloides Gewebe und kein lymphocytäres Infiltrat, wodurch erwiesen wäre, daß nicht eine Modifikation des Gewebes den eigentümlichen Bau veranlasse; dagegen war das histologische Bild dem des Lupus erythematosus sehr ähnlich, wenn chemisch veränderte, ihrer säurefesten Hüllen beraubte Tb. in großer Verdünnung injiziert wurden. Die Versuche sind noch keineswegs abgeschlossen, weisen aber immerhin einen Weg, auf dem eine Lösung des Problems erfolgen könnte.

Auch einer weiteren Möglichkeit möge hier gedacht werden. Grosz und ich konnten nachweisen, daß Tb. (bzw. ihre Produkte)



eine Sensibilisierung gegen Licht zu bewirken vermögen. Es wäre nun immerhin möglich, daß eine Infektion der Haut mit kleinen Mengen (vielleicht modifizierter) Tb. erfolgt, wobei dann durch Lichtwirkung in einer Reizdosis die Eruption von Lupus erythematosus Efflorescenzen entsteht. Damit in Einklang zu bringen ist die Lieblingslokalisation des Lupus erythematosus an belichteten Stellen; ferner auch die Erfahrung, daß manche Erythematosus-Patienten auf Belichtung außerordentlich stark reagieren, die Exacerbationen im Frühjahre. Ist die Belichtung eine entsprechend starke, dann könnten die Tb. (bzw. die aus ihnen entstehenden Sensibilatoren) zugrunde gehen, daher die guten Effekte bei manchen Fällen mit Hg.-Licht, Finsen. Auch das seltene Vorkommen von Lupus erythematosus in den Tropen (übrigens auch des Lupus vulgaris, wie ich aus eigener Erfahrung bestätigen kann) fände darin seine Erklärung. Bei Annahme dieser Möglichkeit müssen wir immerhin zugeben, daß es nicht von der Hand zu weisen ist, daß auch andere Bakterien ähnliche Veränderungen hervorrufen könnten, haben wir doch gefunden, daß im Tierexperiment einmal auch der Kolibacillus ähnliche Sensibilisierung zustande zu bringen vermochte.

Alles in allem glaube ich doch, daß wir berechtigt sind, aus der allzu großen Reserve herauszutreten und für einen großen Teil der Fälle den Zusammenhang des Lupus erythematosus mit der Tuberkulose anzunehmen. Auch dann gibt es der ungelösten Fragen, wie oben angedeutet, noch genug. Für einen kleineren Rest bleibt die ätiologische Zugehörigkeit noch ungeklärt (Jadassohn, Riehl, Lewandowsky, Zieler usw.), ihre Einreihung muß weiteren Forschungen überlassen bleiben. Vielleicht erklärt sich daraus auch die oft so differente Reaktion auf unsere therapeutischen Maßnahmen, indem einzelne Fälle auf fast indifferente Behandlung abheilen und dauernd genesen bleiben, während andere kolossal resistent sind und immer und immer wieder rezidivieren.

Die Lymphogranulomatose muß wohl, trotzdem die Ätiologie noch nicht ganz sicher gestellt ist, in nächste Beziehung zur Tuberkulose gebracht werden. Nachdem C. Sternberg die Hodgkinsche Krankheit als eine „unter dem Bilde der Pseudoleukämie verlaufende Tuberkulose des lymphatischen Apparates“ auf Grund des histologischen Befundes bezeichnet hat, beschrieb Grosz zuerst das zugehörige Bild der Hauterkrankung, dem sich dann Fälle von Bruusgaard, Ziegler, Nobl, Arndt u. a. anschlossen. In den Hauttumoren hat Arndt in Schnittpräparaten säurefeste Stäbchen gefunden, die etwas plumper und kürzer als Tb. aussahen, Tierversuche wurden nicht gemacht. Nobl und Bruusgaard fanden keine Anhaltspunkte für Tbc.; in Haucks Fall (Lupus plus Lymphogranulom in inguine) reagierte der Lupus lokal, die Knötchen des Lymphogranuloms nicht. Dagegen fanden Fränkel und Much im Schnittpräparate von Drüsen gram-, aber nicht säurefeste Bacillen,

Meerschweinchen erkrankten an lokalisierter fibröser Tbc., in 3 Fällen auch an allgemeiner Tbc. Kusunoki bestätigt diese Befunde, hält aber doch die Frage nach den Beziehungen zur Tbc. noch offen.— Steiger sah unter 9 Fällen einmal Hauterscheinungen; der Tierversuch fiel meist positiv aus, wobei die Tiere neben Allgemeintuberkulose typische Sternbergsche Granulome zeigten. — Haslund hält die Lymphogranulomatose für eine Form der Tuberkulose (zit. Cbl. f. Tbc. F. XIII, 2). Ich verweise übrigens auf das jüngst hier gehaltene Referat von Kren. In leukämischen Hautveränderungen hat Arndt in Schnittpräparaten der Haut säurefeste Bacillen entdeckt, welche zum Teil ganz wie Tb. aussahen, so daß man daran denken kann, daß es Formen der Tbc. gebe, welche unter dem Bilde der Leukämie verlaufen, andererseits aber auch die Möglichkeit vorliegt, daß Leukämiker leichter an Tbc. erkranken. Kombinationen von Pseudoleukämie und Tbc. hat ja schon früher Jadassohn beschrieben.

Auf die Häufigkeit tuberkulöser Erkrankungen bei der Pityriasis rubra Hebrae, besonders die Erkrankung der Lymphdrüsen, in welchen er auch Tb. gefunden hat, hat Jadassohn hingewiesen. In Pollands Fall war Tbc. der Lymphdrüsen und auf der Bauchhaut ein Ring von Lupusknötchen zu konstatieren. Bruusgaard hat dann über einen Fall berichtet, bei dem sich im Papillarkörper und in den obersten Cutisschichten tuberkulöses Gewebe mit Riesenzellen und positivem Bacillenbefund fanden. Ähnliche Befunde sind auch von Bosellini, Fiocco beschrieben, so daß wir Jadassohn beistimmen müssen, daß wenigstens ein Teil dieser Fälle im innigsten Zusammenhang mit Tbc. stehen. Andere Autoren erhielten in dieser Hinsicht vollständig negative oder nicht eindeutige Resultate, besonders bei Prüfung der Tuberkulinreaktion; die wenigen Tierversuche verliefen bisher negativ. Polland hält die Erythrodermie für ein tuberkulotoxisches Exanthem, womit der negative Ausfall der Tuberkulinreaktion erklärlich wäre.

Über das Boecksche Miliarlupoid hat Kyrle hier vor kurzem in erschöpfender Weise referiert. Seinen klaren Auseinandersetzungen ist in klinischer und histologischer Beziehung nichts hinzuzufügen, man kann ihm nur beistimmen, daß die Diagnose klinisch oft nicht sicher zu stellen, dagegen fast mit einem Blick durch das mikroskopische Präparat, wenn ähnliche Bilder ab und zu einmal auch bei Lupus vulgaris neben typischem tuberkuloiden Gewebe zu finden sind (Lewandowsky).

Dagegen kann ich mit manchen anderen (s. Zieler) ihm nicht darin beistimmen, daß die tuberkulöse Natur dieser Erkrankung eindeutig erwiesen sei, mindestens muß man zugestehen, daß vieles noch ungeklärt ist. Auch Boeck hat anfangs nicht an Tuberkulose gedacht, meint aber jetzt doch, daß es sich um eine sehr abgeschwächte Tuberkulose oder um eine ihr sehr nahestehende Erkrankung handle.



Für eine Verwandtschaft mit Tbc. werden vor allem die häufige Miterkrankung der Drüsen, das Vorkommen von Knochenprozessen, das öfters beobachtete Auftreten von Lungenprozessen angeführt; auffallend jedoch ist, daß bei letzteren in den hierauf untersuchten Fällen niemals Tb. gefunden wurden (Terebinsky, Morosow). Nur Boeck berichtet unter seinen neuen Fällen im Falle XIII (kombinierte kleinknotige und infiltrierende Form) über einen im Verlaufe auftretenden akuten Lungenprozeß mit Nachweis von säurefesten Bazillen, deren nähere Identifizierung fehlt.

Doppelseitige Iridocyclitis wird ebenfalls mehrfach erwähnt und im Sinne einer tuberkulösen Erkrankung gedeutet (Bering-Schuhmacher, Bloch), dagegen ist in Unnas Fall eine Iritis vorausgegangen und auf Seruminjektionen prompt abgeheilt, wobei der Kranke auf Tuberkulin subcutan und Pirquet negativ reagierte, also mit allergrößter Wahrscheinlichkeit tuberkulosefrei war.

Auf Tuberkulininjektion erhielt M. Opificius unter vielen Versuchen einmal eine positive Herdreaktion, Zieler bei einem Falle auf 5 mg AT. geringe Herdreaktion, während er auf 50 proz. Tuberkulinsalbe und Herdimpfung negativ reagierte. Wenn die Fälle von Kreibich und Kraus, Stümpke hierhergehören, was Zieler bezweifelt, wären sie auch auf das positive Konto zu buchen. Boeck erzielte bei einem seiner letzten Fälle positive Pirquetreaktion, was natürlich wenig beweist. Dagegen berichten alle anderen Untersucher, Pürkhauer und Jadassohn, selbst auf Intradermoreaktion im Herde über negative Resultate. Jadassohn bezieht dies bei Festhalten an dem Gedanken einer Zusammengehörigkeit mit Tuberkulose auf eine spezifische Anergie; das Gewebe sei besonders unempfindlich gegen Tuberkulin, wodurch die Reaktionslosigkeit auf von außen zugeführtes AT. seinen Grund fände und auch der Mangel von entzündlichen Erscheinungen im Krankheitsherde für das in demselben entstandene Gift begründet wäre, ein gewiß geistreicher Erklärungsversuch, welcher aber rein hypothetisch ist und für den bisher keine experimentellen Tatsachen bestehen.

Tb. konnten bis auf den später zu besprechenden Fall Kyrles und Boecks weder im Schnittpräparate, noch nach Antiforminauflösung gefunden werden. In den meisten Fällen fiel auch der Impfversuch negativ aus. Boeck konnte bei einem seiner Kranken in der nicht exulcerierten Nasenschleimhaut säurefeste Bacillen von der Gestalt der Tb. in mäßig reichlicher Menge nachweisen; bei Überimpfung auf ein sehr junges Meerschweinchen konstatierte er nach 4 Wochen eine Drüsenschwellung, welche in 3 Monaten Erbsengröße erreicht hatte; auch in der Drüse waren dieselben Bacillen nachzuweisen. War bei dieser Beobachtung die Provenienz des Impfmaterials etwas verdächtig, so berichteten Kyrle und Morawetz über einen positiven Fall nach Verimpfung von Hautmaterial auf ein Meerschweinchen, welches 10 Monate nach der Impfung ein-

ging und bei dem sich eine verkäsende Tuberkulose der inneren Organe fand. Leider wird bei diesem so wichtigen Fall über Vorkommen von Tb. in den Geweben nicht berichtet, auch wurde nicht versucht, durch Züchtung die Bacillen zu identifizieren bzw. durch Weiterimpfung ihre Tb.-Natur zu erweisen.

In der letzten Zeit hatte nun Kyrle Gelegenheit, einen Fall zu beobachten, welcher in seiner Art ein Unikum darstellt. Es wird durch ihn das Bild des Boeckschen Miliarlupoids entweder sehr erweitert und vertieft, indem er uns das erstemal einen akuten Verlauf vom Anfangsstadium bis zur verhältnismäßig raschen spontanen Abheilung zeigt, oder man dürfte ihn überhaupt nicht dazuzählen, da solcher Ablauf eigentlich bisher nicht beschrieben wurde. Um nur ganz kurz zu skizzieren, entstehen bei dem Patienten zweimal unter prämonitorischen Temperatursteigerungen Erythemflecken, gewöhnlich an den zuerst affizierten Stellen, die sich sehr rasch innerhalb weniger Tage in ein epitheloides Gewebe umwandeln, um dann nach einigen Wochen unter Atrophie abzuheilen. Auf 8 mg AT. weder Herd- noch Allgemeinreaktion. In den akut entzündlichen Flecken finden sich im banal entzündlichen Infiltrat reichlich säurefeste Bacillen, vielleicht noch mehr an den Stellen, wo keine Entzündungserscheinungen zu erkennen sind. Mit der Umwandlung in epitheloides Gewebe nimmt die Zahl der Bacillen bis zum vollständigen Schwunde immer mehr ab.

Verimpfung von Blut ins Peritoneum von zwei Meerschweinchen während des akuten Stadiums führte in einem Falle zum Exitus des Tieres am 29. Tage unter ausgedehnter „Organtuberkulose", mit säurefestem Bacillennachweis; leider konnte die Natur derselben nicht näher bestimmt werden. Subcutan und intraperitoneal geimpfte Meerschweinchen mit reichlichen Mengen von Hautstücken, in denen zahlreiche Bacillen im Schnitte nachgewiesen werden konnten, also scheinbar unter den günstigsten Bedingungen für die Verimpfung, blieben gesund. Man müßte demnach annehmen, daß diese Erreger außerordentlich rasch im Gewebe abgetötet werden, also eine starke Immunitätsreaktion bestehe, welche sich durch Abtötung der Bacillen im Gewebe kundtut, bei vollständigem Mangel an Tuberkulinempfindlichkeit, was Jadassohn als spezifische Anergie bezeichnet. Schwer zu deuten ist aber dann das Erhaltenbleiben der Virulenz der Bacillen im Blute, es sei denn, daß man eine höhere bakterizide Kraft des Gewebes annähme als die des Blutes gegenüber den zirkulierenden Bacillen.

Kyrle legt ein besonderes Gewicht auf die spontane Abheilung, welche bisher von anderen Autoren besonders in solch kurzer Zeit nicht beschrieben ist. Plötzlicher Beginn der Erkrankung ist mehrfach erwähnt, der Verlauf ist jedoch außerordentlich chronisch, es kommt zu langsamer peripherer Ausbreitung unter zentralem Einsinken der Herde, die Erkrankung heilt dann allmählich unter



As-Medikation ab. Schwerere Allgemeinerscheinungen können vorkommen: Blässe, Abmagerung, Schwäche, ja Bloch erwähnt in einem Falle von Lupus pernio, welche Erkrankung wohl nicht vom Boeckschen Lupoid zu trennen ist, Fieber bis 40°, Schüttelfrost, Allgemeinerscheinungen, Milztumor und erysipelartige Schwellungen des Gesichtes.

Ich bin auf diesen Fall Kyrles etwas näher eingegangen, weil er einerseits von fundamentaler Bedeutung für die Einreihung mindestens eines Teiles der Lupoiderkrankungen wäre, andererseits aber, so aufklärend er nach einer Seite wirkt, auf der anderen Seite uns nur neue Rätsel zur Lösung gibt, was sich ja Kyrle zum Teil selbst sagt, wie ich aus seinem mir freundlichst zur Verfügung gestellten Manuskript ersehe; sehr zu bedauern ist, daß Kyrle infolge äußerer Umstände außerstande war, die säurefesten Bacillen als Tb. zu verifizieren. Ungeklärt sind vor allem die immunisatorischen Fragen, für welche auch Kyrle zu Hypothesen seine Zuflucht nehmen muß.

Hier wäre auch der Ort, des Lupus pernio (Tenneson) Erwähnung zu tun, den Lewandowsky beim Lupus vulgaris abhandelt, während Zieler, Klingmüller, Kreibich, Arndt, Pinkus u. a. seine innige Beziehung zum Miliarlupoid betont und auch Jadassohn die klinischen und mikroskopischen Ähnlichkeiten beider Erkrankungen hervorhebt, worin ich unbedingt beistimmen möchte, wenn man nicht zufälligen ähnlichen äußeren Erscheinungsformen zu weitgehende Bedeutung beimessen will. Gewiß gibt es Fälle von Lupus vulgaris, die unter pernio-ähnlichen Bildern verlaufen, andererseits Übergänge zum Erythema induratum. Bisher ist es nicht gelungen, weder im Schnitte noch im Tierexperimente Tb. nachzuweisen (der Siebenmann'sche Befund von säurefesten Stäbchen im Nasenschleim kann wohl nicht als Beweis angesehen werden), auch die Tuberkulinreaktion verlief mit Ausnahme des einen Falles von Klingmüller (Kombination von Lupus pernio und Tuberkulose) stets negativ (Kreibich, Zieler, Bloch usw.) und selbst Pirquet fiel negativ aus (Kreibich, Schramek, Zieler). Auch mein jüngst vorgestellter Fall reagierte auf 5 mg weder allgemein noch im Herde. Er besteht seit mehr als einem Jahr fast unverändert und zeigt jetzt auf Neosalvarsan in mittleren Dosen deutliche Involutionserscheinungen, besonders der Infiltrate an den oberen Extremitäten. Es sei auch erwähnt, daß auf die Injektion (wenigstens die 1. und 2.) im Gesichte eine Reaktion erfolgte in Form einer stärkeren Rötung und Schwellung, dem intensiveres Spannungsgefühl entsprach. Zudem zeigt das Serum, wie auch in anderen Fällen (Jadassohn, Plancherel) eine deutliche, wenn auch nicht komplete Ablenkung bei der Wassermannschen Reaktion, Tatsachen, aus denen ich allerdings keine Schlüsse nach der Seite der luetischen Natur des Lupus pernio



ziehen möchte, zudem ja auch bei papulo-nekrotischen Tuberkuliden Hemmungserscheinungen im Serum bekannt sind (Klausner, Kerl, Sachs). Nach den eben angeführten Befunden möchte ich glauben, daß man noch weitergehen und alle jene Fälle als nicht zum reinen Lupus pernio bzw. Miliarlupoid gehörig ausschalten soll, welche deutlich auf Tuberkulin reagieren.

Das eigentümliche, sehr charakteristische histologische Bild im ausgebildeten Stadium ist derzeit kaum befriedigend zu erklären. Halten wir uns vor Augen, daß Oppenheim nach Injektion von Morphium und Salicylquecksilberinjektionen lupoidähnliche Tumoren entstehen sah, welche von der Tiefe gegen die Haut zu wuchsen, zu ihrer Ausbildung sozusagen einer Inkubationszeit bedurften, von Riesenzellentumoren deutlich unterschieden waren und negativen Bacillenbefund darboten, so müßte man für das Zustandekommen dieser histologischen Veränderungen eine besondere Reaktionsfähigkeit der Haut annehmen. Es wäre künftig in Fällen von Boeckschem Miliarlupoid zu versuchen, ob auf Injektion von abgetöteten Tb., anderen Bacillen oder blanden Körpern ähnliche Bildungen entstehen.

Aber auch bei Annahme dieses Gesichtspunktes würde uns der Fall Kyrles nur beweisen, daß auch säurefeste Bacillen bei gewissen Menschen Boecksche Lupoide erzeugen können. Diese wären dann zu den echten Tuberkulosen zu rechnen, ihre besondere Erscheinungsweise auf die eigentümliche Reaktionsfähigkeit der Haut zu beziehen, welche auch durch andere Schädigungen in gleicher Weise zu reagieren vermag.

Doch auch gegen diesen Erklärungsversuch spricht ein gewichtiges Bedenken; im positiven Falle Boecks wies nähmlich die dem Meerschweinchen entnommene Lymphdrüse Strukturen auf, welche ganz denen der Hauttumoren entsprachen; es könnte also, falls dieser Befund — vielleicht kann Kyrle in den Organen der Tiere, welche mit dem Blute seines 2. Falles geimpft wurden, noch Näheres erheben — bestätigt werden sollte, nicht am besonderen Reaktionsmodus des Gewebes, sondern am Virus bzw. dessen Einwirkung auf das Gewebe die Ursache für die charakteristische mikroskopische Bildung liegen. Eine Lösung dieser Fragen wäre vielleicht durch Heranziehung höherer Tiere, speziell Affen, die ja hoffentlich auch wieder einmal zu unseren Versuchstieren gehören werden, zu versuchen. —

Überblicken wir die angeführten Tatsachen, so erscheint mir der Standpunkt Zielers, dem auch Kreibich, Kühlmann, Hilgers zustimmen, konsequenter, vorläufig Lupus pernio und Miliarlupoid als ein chronisch (Fall 2 Kyrle) infektiöses Granulom hinzustellen, dessen Zugehörigkeit noch nicht klar ist. Klinisch und pathologisch-anatomisch bestehen gewisse Zusammenhänge mit sicheren Hauttuberkulosen (Jadassohn, Lewandowsky,



Kyrle), die nicht außer acht gelassen werden sollen; ätiologisch können in drei Fällen säurefeste Stäbchen beschuldigt werden, doch ist die tuberkulöse, mindestens die einheitliche tuberkulöse Natur der hierhergehörigen Fälle nicht erwiesen.

Über die nun folgenden Erkrankungen kann ich rascher hinweggehen, da für ihre Tuberkulidnatur bisher alles eher als genügende stichhaltige Beweise erbracht sind.

Beim Lichen nitidus blieben die Tierversuche stets negativ; auch die Suche nach Tb. war erfolglos, nur Arndt beschreibt ein leicht gekrümmtes grampositives Stäbchen und Lier im Königsteinschen Falle, der allerdings klinisch etwas abweichend vom Typus ist.

Für das Granuloma annulare,, das Angiokeratoma, stehen uns absolut keine Beweise zu Gebote (Fabry). Nach den Untersuchungen von Brandweiner, Passini spricht auch bei der Purpura annularis Majocchi nichts für eine tuberkulöse Ätiologie. Die im Verlaufe von Tbc., besonders bei Miliartuberkulose, nicht so selten auftretenden Purpuraflecken, bei denen man wohl an Bacillenembolien (doch auch an toxische Schädigungen) denken könnte, wurden bisher nur in einem Falle (Bensaude und Rivet) Tb. entdeckt; Tierexperimente verliefen negativ. Daß auch makulöse Anetodermien, wie nach luetischen Efflorescenzen (Bohać, Leven, Volk) so auch auf tuberkulöser Grundlage entstehen können, muß zugegeben werden als Konsequenz der Entzündung, doch wurden Tb. in diesen Flecken nie gefunden (Oppenheim, Bogrow), auch Tierversuche fielen negativ aus.

Bei der Sklerodermie, besonders der diffusen, wurde von verschiedenen Autoren ein direkter oder indirekter (durch die Blutdrüsen) Zusammenhang mit Tbc. angenommen. Am ehesten könnte in den Untersuchungen von Reines dafür eine Stütze gefunden werden, der bei 5 Fällen positiven Pirquet, in 4 Fällen auch Allgemeinreaktion auf AT.-Injektion erhalten hat. Von zwei Patienten wurden Hautstückchen intraperitoneal auf Meerschweinchen verimpft, welche an miliaren Knötchen in Milz und Leber erkrankten. Da jedoch in diesen keine Tb. nachgewiesen wurden, fehlt auch diesen Befunden die Beweiskraft (Pseudotuberkulose?).

Civatte, Milian, Queyrat und Pautrier wollen die Parapsoriasis zu den Tuberkuliden gerechnet wissen. Es ist richtig, daß bei dieser Erkrankung anderweitige tuberkulöse Erkrankungen vorkommen. Ich konnte ja jüngst einen solchen Fall mit einer tuberkulösen Drüse vorstellen; derselbe reagierte schon auf kleine Tuberkulindosen sehr stark allgemein, während die Hautherde absolut reaktionslos blieben. Aber bei einer ganzen Reihe von Fällen in der Literatur war sogar die Allgemeinreaktion negativ, Tb. wurden nie gefunden, auch über positive Tierexperimente ist nichts bekannt. Dort wo positive Herdreaktion konstatiert wurde, ist



wohl ein Zweifel an der Zugehörigkeit der Fälle zur Parapsoriasis gerechtfertigt.

Seit Poncet sind französische Autoren immer wieder bestrebt, den tuberkulösen Charakter der Psoriasis zu erweisen. Organtuberkulose kommt wohl bei Psoriatikern vor, doch keineswegs so häufig, daß daraus irgendwelche bindenden Schlüsse gezogen werden könnten; die Kombination mit sicheren Hauttuberkulosen ist sogar verhältnismäßig selten. Menzer hat nun 15 Fälle auf Tb. allgemein und örtlich an den Psoriasisplaques reagieren sehen und meint daher, daß es sich bei der Schuppenflechte um eine Mischinfektion mit Tb. und Strepto- und Staphylokokken handle. Säurefeste Bacillen hat er im Schnitte nie gefunden, nur einmal Muchsche Granula. Nachprüfungen von Hübner, Nast, Schönfeld konnten diese Angaben nicht bestätigen. Letzterer hat einzelne Psoriatiker selbst auf hohe Dosen AT. nicht einmal allgemein reagieren sehen, niemals aber lokal; auch fielen die intracutanen Impfungen im Herde nie stärker aus als auf der gesunden Haut. Ich selbst habe in zwei Fällen auf Tuberkulomucin starke Allgemeinreaktion erhalten, dieselben zeigten auch an den Psoriasisplaques lebhaftere Rötung, doch würde ich mich nicht getrauen, dies als Herdreaktion zu erklären, sondern mit Zieler es als eine Reaktion des Fiebers und damit einhergehende Hyperämie der entzündlichen Herde auffassen. Dagegen konnte ich im Gegensatz zu Zieler in zwei unter 8 Fällen entschieden eine therapeutische Beeinflussung erkennen, wie dies Czemach und Weleminsky beschrieben haben. Ich hatte übrigens in einer anderen Untersuchungsreihe schon vor 8 Jahren mit Löwenstein ähnliche Beobachtungen mit AT. gemacht, doch ist von einer Gesetzmäßigkeit keine Rede, auch handelt es sich in der Mehrzahl der Fälle nur um vorübergehende Besserungen. Irgendwelche Schlüsse auf die Ätiologie der Erkrankung würde ich mir daraus um so weniger zu ziehen getrauen, da ich den Effekt schon damals auf eine nicht spezifische Reaktion von Proteinkörpern bezogen habe (siehe auch die Arbeit von Kraus).

Wie wenig auf solche Argumente zu geben ist, geht daraus hervor, daß Jaerisch angeblich einige Fälle mit Staphylokokkenvaccine geheilt hat, woraus er den Schluß zieht, daß die Hauterscheinungen ein Symptom einer konstitutionell-bakteriellen Erkrankung sind.

Ich versage mir, auf die Reihe anderer Erkrankungen einzugehen, welche noch mit der Tuberkulose in Verbindung gebracht werden, ohne daß genügende Beweise angeführt werden können: Granulosis rubra nasi (Gougerot, Pick, Granulosis rubra nasi und Scrophuloderma), Psorospermosis Darier u. a.; bei anderen läßt sich ein solcher entfernter Zusammenhang zwar nachweisen, aber nur insofern, als durch die tuberkulöse Erkrankung gewisse



Konstitutionsänderungen des Hautorganes (Keloide oder besser gesagt hypertrophische Narben), Zirkulations- und Ernährungsstörungen (Pernionen) verursacht werden; allerdings möchte ich nicht von der Hand weisen, daß sich gelegentlich in Stauungsgebieten Tb. von innen oder außen eher ansiedeln können als in normal durchbluteten Hautpartien.

War durch die ätiologische Forschung immer mehr die Ansicht Jadassohns zum Durchbruch gekommen, daß die sogenannten Toxituberkulosen nichts anderes sind als echte Tuberkulosen der Haut, hervorgerufen durch Tb., welche an Zahl, Virulenz und Lebenserscheinungen abgenommen haben, so konnte eine Erklärung dieser Tatsachen und Erscheinungsformen erst versucht und gegeben werden, als die Ergebnisse der Immunitätsforschung für diese Erkrankung ihre sinngemäße Anwendung fand. Auf alle einschlägigen, hochinteressanten Fragen, auf die Analogien mit den Immunitätsreaktionen bei anderen Hautkrankheiten kann ich jetzt nicht eingehen, ich hoffe darauf in anderem Zusammenhange zurückkommen zu können; nur einige wichtige Daten seien zum Abschlusse und zur Erklärung heute schon beigebracht.

Obwohl schon in Robert Kochs grundlegenden Versuchen über die Infektion und Reinfektion des Meerschweinchens und den dabei auftretenden Hauterscheinungen der Weg gewiesen war, sind erst Pirquet und Schick bei Erforschung der Allergie der Haut darauf zurückgekommen und systematische Untersuchungen über einschlägige Fragen sind eigentlich erst wieder durch die an Affen ausgeführten Arbeiten von Kraus und Kren, Grosz und Volk und die gleichzeitig in Batavia durch die Neißersche Expedition (Bärmann und Halberstädter) gemachten Impfungen aufgenommen worden.

Auf breiterer Basis wurde dann das Problem durch Lewandowsky angegangen, nachdem auch niedrige Tiere (Kaninchen und Meerschweinchen) sich als geeignet erwiesen hatten, und Gougerot und Laroche, denen dann Römer und Joseph, Grüner und Hamburger, Helmholtz und Togofuku, und schließlich wieder Lewandowsky folgten.

Letzterer vor allem war es, der in ausgedehnten Versuchsreihen den Ablauf der Hautreaktionen bei Tieren nach Erst- und Reinfektionen in klinischer, histologischer und bakteriologischer Richtung studiert und sich dadurch bleibende Verdienste in der Frage der Hauttuberkulose erworben hat. Schon Kraus und Kren, Groß, ebenso Bärmann und Halberstädter haben zeigen können, daß durch die Einbringung von Tb. in die Affenhaut durch Scarification oder intracutane Injektion verschiedene Formen tuberkulöser Läsionen erzeugt werden können. Gougerot und Laroche haben nun durch Einreibung von virulenten Tb. von humanem

oder bovinem Typus bei gesunden Meerschweinchen nekrotisierende, knötchenförmige Bildungen erhalten, die klinisch und histologisch ganz den menschlichen Tuberkuliden glichen. Mit abgetöteten Tb. erhielten sie das gleiche Resultat nur bei schon tuberkulösen Tieren, nicht aber bei gesunden. Weiter sahen sie den Übergang eines papulonekrotischen Tuberkulids in ein tuberkulöses Ulcus, ein Vorkommnis, wie wir es auch beim Menschen zuweilen konstatieren können. Das Impfresultat war günstiger bei gesunden Tieren als bei tuberkulösen.

Diese Versuchsbedingungen entsprechen aber nicht ganz den Verhältnissen bei den menschlichen Tuberkuliden, die ja meist auf hämatogenem Wege entstehen, während für die Tuberkulide die Infektion von außen gewiß zu den selteneren Vorkommnissen zählt. Lewandowsky erhielt nun in früheren Arbeiten durch rückläufige intravenöse Injektion von Tb. und Stauung am Kaninchenohr tuberkulidähnliche Läsionen. Da aber auch diese Versuchsanordnung nicht der menschlichen Pathogenese entspricht, nahm er Injektionen von Tb. in den linken Ventrikel vor, welche ihm das gewünschte Resultat brachten. Beim normalen Tiere entsteht nach einer etwa 14tägigen Inkubation auf der rasierten Bauchhaut eine papulo-squamöse Dermatitis; in den schlecht begrenzten mehr banalen Infiltraten wimmelt es von Tb., nach etwa 3 Wochen geht das Tier zugrunde; öfters sind sub fine am Auge Läsionen in Form einer Keratitis oder Iridocyclitis vorhanden.

Das tuberkulöse, intrakardial reinfizierte Tier zeigt, wenn es nicht im Schock zugrunde geht, sofort danach eine follikuläre Schwellung und Rötung, konsekutiv eine universelle Desquamatio als Ausdruck der Frühreaktion der Haut, worauf dann disseminierte papulo-krustöse Efflorescenzen auftreten, um nach einigen Wochen wieder spontan zu verschwinden. Diese zeigen einen tuberkuloiden Bau mit Riesenzellen und wenigen oder keinen Tb., in der Tiefe finden sich periarterielle Infiltrate mit zentraler Nekrose, das Tier überlebt viel länger, $5^1/_2$—9 Wochen.

Mit abgetöteten Tb. erhält man beim normalen Tiere keine Reaktion, beim tuberkulösen entstehen nach 1—6 Wochen vereinzelte papulöse oder papulo-pustulöse Efflorescenzen, welche aber bald wieder verschwinden.

Wir sehen also einen ganz verschiedenen Ablauf beim gesunden und kranken Meerschweinchen nach intrakardialer Injektion von Tb.: bei ersterem schrankenloses Wuchern der Tb. bei Auftreten mehr banaler Veränderungen, beim reinfizierten Tiere offenbar unter dem Einflusse von Immunkörpern das Wuchern der Tb. gehemmt und infolge des Zugrundegehens der Tb. Entstehen tuberkuloider Strukturen, nachdem als Ausdruck des allergischen Zustandes eine Frühreaktion aufgetreten war. Die Analogie mit der Klinik liegt auf der Hand. Nicht also die Vermehrung der



Tb. schafft die spezifische Reaktion des Gewebes, sondern das Zugrundegehen derselben. (Analogie bei der Lepra: Jadassohn, Arning, Darier.)

Diese experimentell sichergestellten Tatsachen, welche übrigens in nuce auch schon im Kochschen Elementarversuch enthalten sind, bedürfen nun der Erklärung. Wenn zum Entstehen tuberkuloiden Gewebes beim gesunden Tier eine gewisse Zeit für das Zugrundegehen von Tb. notwendig ist, dann muß auch da ein gewisser Konnex bestehen. Die Inkubationszeit wird nach Pirquet-Schick durch den Zeitraum bis zum Auftreten von Immunkörpern gegeben, welche eben die notwendigen Stoffe sind, um die Erreger gewebsreaktionstüchtig zu machen. Bei Einverleibung von Tb. werden zunächst einige Individuen durch die natürlichen Antikörper so verändert (gelöst, aufgeschlossen?), daß sie auf das Gewebe antigen wirken, dadurch wird dieses zu erhöhter Antikörperproduktion angeregt bis zu einem solchen Grade, daß ein großer Teil der Tb. zugrunde geht und durch das freiwerdende Toxin es zur Bildung tuberkuloider Struktur kommt. Werden tote Tb. injiziert, so hat der Prozeß mit der Zerstörung des letzten Bacillus auch sein Ende erreicht, die Erzeugung von Abwehrkörpern erfolgt nicht weiter, weil der Reiz wegfällt. Anders bei Injektion lebender Bacillen, von denen einzelne Exemplare der Vernichtung entgehen, entweder deshalb, weil sie sich dem Abwehrkörper anpassen (was in der Immunitätslehre experimentell in vitro auch erzielt wurde) oder daß die letzteren quantitativ nicht ausreichen, wodurch ein Weiterwuchern der Bacillen ermöglicht ist, damit aber auch gleichzeitig eine fortwährend erneute Antikörperreaktion.

Ist nun eine gewisse Höhe der Immunität erreicht und erfolgt eine Reinfektion, so tritt infolge der allergischen Reaktion des Organismus bei Reinfektion entweder Exitus im anaphylaktischen Schock ein resp. bei Überleben des Tieres kommt eine erhöhte Immunität zustande; bei subcutaner oder intracutaner Reinjektion wird unter stürmischen Reaktionserscheinungen der größte Teil der reinjizierten Tb. eliminiert. Es konnten dabei in loco Toxine nachgewiesen werden, welche im unveränderten Tb. nicht vorkommen, Lewandowsky injizierte intracutan tuberkulöse und nichttuberkulöse Meerschweinchen, exzidierte nach 24 Stunden die Stellen und injizierte das Filtrat gesunden Tieren intracutan; das Filtrat von erstinfizierten Tieren erwies sich als inaktiv, das der reinfizierten erzeugte ein teigiges Ödem an der Injektionsstelle.

Versuche durch Einwirkung von Immunserum auf Tb. in vitro Toxine frei zu machen, fallen negativ aus (Lewandowsky), wie ich mich schon vor Jahren überzeugt habe. Und doch müssen solche im Körper entstehen, wobei es von prinzipieller Wichtigkeit wäre, ob die Antikörper in der Körperflüssigkeit oder im Gewebe vorhanden sind. Transfundiert man das Gesamtblut eines tuberkulösen



Meerschweinchens einem gesunden Tiere und impft dieses 24 Stunden später intracutan, so erhält man oft, wenn auch nicht so stark wie beim tuberkulösen Tiere, eine Schwellung oder Rötung an der Impfstelle, die Impfung geht an (Lewandowsky, Römer, Grüner und Hamburger). Da demnach eine gewisse Beeinflussung vorhanden ist, wobei ich betonen möchte, daß ja Zellelemente mit übertragen werden, was, wie wir noch sehen werden, nicht gleichgültig ist, so ist eine humorale Immunität mindestens nicht auszuschließen (Bail), wenn sie auch nicht allzu bedeutend zu sein scheint. Auch die Auflösungsversuche von Tb. im Peritoneum tuberkulöser Meerschweinchen (Deycke und Much, Kraus und Hofer) bringen in dieser Hinsicht keine Klärung, da ja nicht allein die Peritonealflüssigkeit, sondern auch die Zellen wirksam sein können.

Man darf also wohl mit vielem Rechte annehmen, daß das Gewebe an den immunisatorischen Phänomenen stark mitbeteiligt ist, obwohl Kraus und ich nach Excision eines tuberkulösen Primärherdes und Reinfektion dieser Stelle keine Immunität nachweisen konnten. Es wäre möglich, daß wir zu früh nach der Erstinfektion und zu weit im Gesunden excidiert hatten, vielleicht auch, daß bald nach Wegfall des Reizes die Antikörperproduktion sistiert. Versuche, das Entstehen der Antikörper an der Infektionsstelle nachzuweisen, indem die Reinjektion zur Erzielung von Differenzen in der Nähe des ersten Herdes und weit entfernt davon gemacht wurden, brachten Lewandowsky, ebenso Grüner und Hamburger, Römer nicht zu eindeutigen Resultaten. Dagegen möchte ich bemerken, daß Löwenstein und ich mit Pirquet-Impfungen mit AT oft deutliche Unterschiede erhielten, indem dieselben in der Nähe des Lupusherdes stärker ausfielen als entfernt davon.

Wie dem immer sei, wir müssen annehmen, daß im tuberkulösen Körper Abwehrkräfte vorhanden sind, welche den Tb. aufschließen, ihn damit vernichten, aber gleichzeitig eine Noxe freimachen, welche die Bildung des tuberkuloiden Gewebes bewirkt, wobei es natürlich gleichgültig ist, ob es sich um tote oder lebende Bacillen handelt; im gesunden Individuum werden die ersten Reaktionen durch die normalerweise vorkommenden Antikörper eingeleitet, die Auflösung dieser ersten Individuen bewirkt dann eine zunehmende Immunität. Kommt es zu einer Überschwemmung des Organismus mit Bacillen, dann könnte man sich vorstellen, daß die Menge der Antikörper wenigstens anfangs nicht genügt (vielleicht deshalb, weil sie sich auf zu viele Bacillen verteilen muß), die Tb. werden nicht aufgeschlossen, es kommt nur zu einer banalen Entzündung. Diese Korrelation zwischen Bacillenmenge und Art der pathologischen Reaktion hat Kyrle bei seinem zweiten Falle von Miliarlupoid besonders schön und überzeugend nachweisen können.

Ähnliche Überlegungen müssen auch für die Wirkung des Tuberkulins Platz greifen, welche auch heute noch nicht ganz geklärt ist.



Beim gesunden Tiere und Menschen erzeugen selbst Dosen, welche ein Multiplum der für das kranke Tier tödlichen Dosis sind, keine Erscheinungen, ebensowenig zerriebene also im Sinne Kochs aufgeschlossene Tb.; die letzteren produzieren nur Präcipitine. Für diese Erscheinung gibt es zwei Möglichkeiten, entweder ist das Tuberkulin für den Normalen ungiftig oder aber es wird nicht assimiliert, weil keine Rezeptoren vorhanden sind. Franceschelli hat nun nachgewiesen, daß das letztere der Fall ist, das eingeführte Tuberkulin wird beim Gesunden schon nach 3—6 Stunden quantitativ ausgeschieden, nach dieser Zeit läßt sich im Blute auch mit der Komplementbindungsreaktion keine Spur von Tuberkulin erkennen, im Gegensatz zum Tuberkulösen (Laub). Das Tuberkelbacillengift ist demnach nicht als ein Bakterientoxin im gewöhnlichen Sinne aufzufassen, es müssen verschiedene Antigene in demselben vorhanden sein (Hamburger und Monti, Ruppel und Joseph), von welchen das eine im Sinne eines Toxins nur im tuberkulösen Individuum zur Wirkung gelangt. Schon Koch supponierte, daß unter dem Einfluß der tuberkulösen Infektion im Organismus resp. dessen Zellen solche Veränderungen vor sich gehen, daß Tuberkulinwirkungen zustande kommen können.

Wolff-Eisner hat nun als erster angenommen, daß es sich um Lysine handle, welche die im Tuberkulin vorhandenen Tb. auflöse und dadurch die Reaktion hervorrufe; als aber Klingmüller und A. Kraus dieselbe Wirkung auch mit bacillenfreien Filtraten, Zieler sogar mit Dialysaten des Tuberkulins hervorrufen konnte, mußte die Annahme von Lösung korpuskulärer Elemente fallen gelassen werden, und es werden jetzt chemolytische Wirkungen im Organismus angenommen (Wolff-Eisner, Sahli, Lewandowsky). Ähnlich wie bei der Albuminolyse werde das Tuberkulin abgebaut, ein Abbauprodukt ist das Tuberkulopyrin, welches lokale und allgemeine Reaktionen hervorruft. Im stark immunen Organismus wird nun das Tuberkulin bis zum vollständig inaktiven Körper abgebaut, während beim kachektischen Individuum das Tuberkulin nicht angegriffen wird, in beiden Fällen bleibt die Reaktion aus. Es wäre nun interessant, nachzuweisen, ob im letzteren Falle das Tuberkulin wie beim Gesunden quantitativ ausgeschieden wird, oder aber vielleicht beim Tuberkulösen zwar gebunden, aber nicht abgebaut wird.

Auch für das Tuberkulin ist die Frage noch ungelöst, ob die Entstehung des wirksamen Stoffes durch humorale oder histogene Reaktionen bewirkt wird; wahrscheinlich sind beide Komponenten wirksam, vielleicht mehr noch das Gewebe. Ich möchte da nur neben den älteren Untersuchungen mit differenten Schlußfolgerungen (Bail, Bauer, Capelle, Aronson, Kraus, Volk und Löwenstein, Nowotny und Schick, Helmholtz, Onaka und Joseph) auch die Arbeit von Meyer und Schmitz erwähnen, die durch

Einwirkung von Tbc.-Blutkörperchen auf Tuberkulin in vitro den giftigen Körper erhalten konnten, während dies mit Tbc.-Serum und Normalblutkörperchen nicht gelang, was natürlich sehr für Gewebewirkungen sprechen würde.

Die Art der Tuberkulinwirkung wird von den einen, und zwar der Mehrzahl für eine spezifische Überempfindlichkeit des infizierten Organismus gegenüber dem Tuberkulin angesehen, während Kraus, Löwenstein und Volk dieselbe auf die Giftempfindlichkeit des Hautorgans Tuberkulöser gegenüber Toxinen beziehen; auf eine solche Allergie im weitesten Sinne gegenüber Bakterieneinweiß anderer Provenienz führt auch Sorgo, Citron die Tuberkulinreaktion zurück, während Zieler die Ergebnisse Sorgos in Versuchsfehlern zu finden glaubt, also auch da noch ganz differente Anschauungen.

Welche Lösung immer aber diese Detailfragen noch erfahren werden, eines ist sicher: zu einem Verständnis der Entstehung der Tuberkulide können wir nur dann gelangen, wenn wir die gegenseitige Wirkung von Quantität und Qualität der Erreger und der allgemeinen und lokalen Immunitätsreaktionen im Momente der Infektion im Auge behalten. Daß auch bei benignen Formen der Tuberkulose Bacillen im Blute zeitweilig kreisen, haben uns Versuche, die ich mit Löwenstein in letzterer Zeit durchgeführt habe gelehrt; von einer Reihe nicht fiebernder Lupöser wurden Meerschweinchen intrapertional mit Blut geimpft, bei zwei Patienten mit positivem Resultat; die eine dieser Patientinnen ging an spanischer Grippe zugrunde, bei der Sektion erwies sie sich mit Ausnahme einer verkästen Bronchialdrüse (der Lupus war fast abgeheilt) als tuberkulosefrei. Gerade die gutartigen Tuberkulosen, bei denen man also das Vorhandensein von viel Antikörpern annehmen muß, erkranken am häufigsten an Tuberkulidformen, indem die Bacillen an der Stelle der Ansiedlung aufgeschlossen werden und die Wirkung der toxischen Substanz zur Geltung kommt. Tuberkuloides Gewebe konnten ja Klingmüller, Zieler, Kraus auch bei intracutaner Injektion entsprechender Konzentrationen von Tuberkulin erhalten. Daß manche Tuberkulide nach AT.-Injektion auftreten, obwohl ja die Konzentration eine viel zu geringe ist, erklärt Jadassohn damit, daß infolge der Allgemeinreaktion latente Herde erst sichtbar werden, während Lewandowsky eine zweite, gewiß berechtigte Annahme anführt, daß durch die Reaktion Bacillen erst mobilisiert werden, in die Haut gelangen und jetzt hier lysiert werden. Aber auch dann muß noch nicht ein Tuberkulid entstehen: es kann der Tb. sofort vollständig abgebaut werden, das entstehende Toxin kann durch vorhandene Antitoxine paralysiert werden, und schließlich muß auch angenommen werden, daß eine gewisse Disposition des Hautorganes zum Zustandekommen der Giftwirkung gehört.

Aus dem Tatsachenmaterial ergibt sich, daß wir die sogenannten Tuberkulide als endogene Reinokulation bei tuberkulösen Menschen auffassen müssen, deren Haut darauf mit einer allergischen Reaktion antwortet. Bei einer ganzen Reihe von Tuberkuliden konnten bereits Tb. in den Efflorescenzen nachgewiesen werden, bei diesen ist in ätiologischer Hinsicht die Hauptarbeit getan, neu hinzukommende positive Fälle können nichts weiter als den Prozentsatz erhöhen; dagegen wird es bei einigen Erkrankungsformen, z. B. dem Erythema induratum noch darauf ankommen, ob das Krankheitsbild ein einheitliches, auf tuberkulöser Grundlage beruhendes ist, oder ob Erkrankungen verschiedener Ätiologie unter einer Form in die Erscheinung treten können. Bei anderen ist die Ursache mindestens noch strittig, ja ihre Zugehörigkeit zur Tuberkulose noch gar nicht erwiesen.

Eine der interessantesten Aufgaben wird, falls einwandfrei klargestellt werden sollte, daß Lupus erythematodes und Boecks Miliarlupoid in einer mehr minder großen Anzahl zu den Tuberkuliden zu rechnen ist, die sein, die konstante, vom gewöhnlichen tuberkuloiden Gewebe abweichende histologische Struktur zu erklären. Nach den bisherigen Ergebnissen muß die Ursache wohl eher in einer eigenartigen „Toxin"wirkung als in einer besonderen Disposition des Gewebes gesucht werden.

Da gerade die Tuberkulidforschung uns bewiesen hat, daß Immunkörper bei der Entstehung und Heilung gewisser tuberkulöser Hauterscheinungen eine wichtige Rolle spielen, müssen unsere Bestrebungen weiter dahin gerichtet sein, die feineren Vorgänge noch näher kennen zu lernen, um zu einer ätiologischen Therapie zu gelangen. Die Tuberkulintherapie kann in gewissen Fällen die Abheilung herbeiführen oder mindestens beschleunigen, aber sie erfüllt die Erwartungen nicht ganz.

Die Beobachtung, daß jedes Organ scheinbar seine eigene Art hat, auf Tuberkulin zu reagieren, indem z. B. eine mittelschwere Lungentuberkulose gut, ein leichter, gleichzeitig bestehender Lupus gar nicht reagiert (Jadassohn), haben dazu geführt zu versuchen, die Antikörperproduktion der Haut voll auszunützen durch Einbringung des Tuberkulins in die skarifizierte Haut (Ponndorf). Es ist richtig, daß dadurch schwere Allgemeinreaktionen leichter ausgeschaltet werden können — es kommen doch nicht so selten Temperatursteigerungen bis 38° und darüber vor — aber gerade die schwer reagierenden Fälle der Hauttuberkulosen, speziell der Lupus, geben nach meinen bisherigen Erfahrungen auch mit dieser Methode keine besseren Resultate. Daß aber doch auf die Tuberkulinisierung bedeutsame Veränderungen im tuberkulösen Individuum in günstigem Sinne folgen, erkennen wir nicht nur durch den Nachweis der Antikörper (Komplementbindung, Intradermoreaktion), sondern Bauer und Aschner konnten unter

dessen Einwirkung aus der Einengung der Resistenzbreite der Erythrocyten auf eine Resistenzerhöhung derselben gegenüber anisotonischen Lösungen schließen, welche am ehesten durch einen raschen Wechsel bei reichlicher Neubildung der roten Blutkörperchen durch die Immunisierung mit AT. zu erklären ist.

Die nicht befriedigenden bisherigen Resultate mit Tuberkulin wollen Deycke und Much dadurch verbessern, daß sie die Tb. durch Säureeinwirkung aufschließen, wodurch sie einen löslichen, etwa dem Tuberkulin entsprechenden Anteil erhalten, den sie als toxisch zur Immunisierung nicht geeignet finden, während der Rückstand (M.-Tb.-R.) in eine Albuminfraktion (A.), Fettsäure — Lipoidfraktion (F.), Neutralfett- und Fettalkohol-Fraktion (N.) zerlegt wird. Jeder Tuberkulöse reagiert auf die einzelnen Bestandteile verschieden, durch intracutane Austitrierung kann der Titer der einzelnen Fraktionen ermittelt werden und je nach Bedarf durch Immunisierung mit der entsprechenden Fraktion der Mangel ausgeglichen werden.

Die Hauttuberkulosen sollen besonders fettüchtig sein, vor allem die Lupösen (Much, Werther) im Gegensatz zu den Lungentuberkulösen, welche sich durch besondere Albumintüchtigkeit auszeichnen. Spitzer fand dagegen bei den Hauttuberkulösen ein Fehlen der Antikörper gegen F. und N. Ich kann auf die ganze, große, bereits bestehende Literatur hier nicht eingehen, ebensowenig auf die Frage der Spezifität der Antigene, welche mir nicht erwiesen erscheint, ich will nur hervorheben, daß von einer grundlegenden Änderung unserer Lupustherapie durch die Partialantigenimmunisierung, wie sie Müller verkündet hat, derzeit nach meinen Erfahrungen keine Rede sein kann, indem die Erfolge dabei nicht wesentlich bessere sind als mit unseren alten Immunisierungsmethoden; aber auch in prognostischer Beziehung sei nach unserer Erfahrung vor zu weitgehenden Schlüssen gewarnt, da wir Fälle mit niedrigem Titer ausheilen sahen und auch ein hoher Intracutantiter nicht immer die Heilung garantiert.

Die Hauptarbeit muß demnach auf dem Gebiete der Immunitätsforschung noch geleistet werden, der ungelösten Fragen, die ja zum Teile angedeutet sind, gibt es sowohl in praktischer als auch in theoretischer Hinsicht noch viele. Mit Freude können wir konstatieren, daß die Dermatologie nicht nur mit Nutzen sich der Erfahrungen der modernen Immunitätslehre bediente, sondern auch wieder durch neue Erkenntnisse jene bereichert hat. Tuberkulose, Trichophytie, Syphilis und Lepra gaben uns die Möglichkeit in die Gesetze der Hautimmunität wenigstens teilweise einzudringen, die innigen Beziehungen zwischen dieser und der Allgemeinimmunität herzustellen, aber auch Besonderheiten des Hautorganes in dieser Hinsicht aufzudecken. An der vollen Klarstellung der noch fehlenden Erkenntnisse zu arbeiten muß Aufgabe der künftigen dermatologischen Forschung sein.



Kyrle: Ich will mich in meiner Diskussionsbemerkung auf die Frage des Boeckschen Lupoids beschränken und zunächst auf jene Beobachtung etwas eingehender zu sprechen kommen, die Herr Volk in seinem Referate gewissermaßen anticipando schon erwähnt und kritisch beurteilt hat. Es scheint mir gerade diese Beobachtung geeignet, in die ganze Frage dort und da neues Licht zu bringen, zugleich aber auch wieder die Schwierigkeiten im vollen Umfange erkennen zu lassen, die sich ergeben, wenn wir den Ablauf aller jener Ereignisse, die mit dem Eindringen von säurefesten Bacillen in die Haut und deren Abbau verknüpft sind, unserem Verständnisse näher bringen wollen. Die immer noch nicht erschöpfenden Kenntnisse von den Abwehrkräften der Gewebe und den Abwehrvorgängen in denselben, setzen dem restlosen Erfassen alles dessen, was uns bei dem Kampfe zwischen dem in die Haut eingedrungenen Virus und den Abwehrreaktionen des Gewebes an Erscheinungen entgegentritt, eben eine bestimmte Grenze; und wenn auf Grund positiver Befunde nach der einen Richtung auch ein Schritt nach vorwärts erreicht zu sein scheint, so ergeben sich auf der anderen Seite doch wieder eine Reihe von Fragen, welche wir nur durch Zuhilfenahme von Hypothesen, demnach nicht in völlig eindeutiger Weise zu beantworten vermögen. Die Lehre von den Tuberkuliden birgt in sich eben noch, trotz des großen Fortschrittes der letzten Jahre der Geheimnisse genug, die Beobachtung, auf welche ich hier zu sprechen kommen will, vermag auch diesbezüglich ein gutes Beispiel zu geben.

Ich habe in den letzten zwei Jahren Gelegenheit gehabt, einen typischen Fall von Boeckschem Lupoid an der Klinik ununterbrochen zu beobachten und dabei das Kommen und Gehen der Erscheinungen bis in die kleinsten Details zu verfolgen. Ich will aus der Krankengeschichte des Falles, den ich übrigens einmal in unserer Gesellschaft kurz demonstriert habe, nur das allernotwendigste anführen: Der 22jährige, kräftig entwickelte Pat. wurde am 22. III. 1917 mit einem sehr reichlich entwickelten, sich über Gesicht, Hals, Extremitäten und die Gluttaealgegend erstreckenden Exanthem, das sich aus mächtigen, braunroten Infiltraten aufbaute, die stellenweise schon in Rückbildung begriffen waren, aufgenommen. Der Typus der Erscheinung war völlig so, wie wir ihn eben bei der diffus infiltrierenden-großknotigen Form des Boeckschen Lupoids kennen. Die histologische Untersuchung einer großen Reihe von an verschiedenen Stellen vorgenommenen Excisionen ergab überall das gleiche, für die Dermatose so charakteristische Bild: Große Plaques von epitheloiden Zellen, stellenweise mit Riesenzellen, in der verschiedensten Konfiguration in das Gewebe eingelagert, sehr geringgradige Rundzellenentwicklung. Wie typisch die histologischen Veränderungen hier ausgeprägt waren, kann daraus erschlossen werden, daß ich eigentlich nur auf Grund eines histologischen Präparates in den Besitz des Falles gelangt bin. Es wurde mir nämlich gelegentlich einmal im Institut Stoerk eine Probeexcision, die aus einem Militärspital in Ungarn eingesandt worden war, zur Ansicht vorgelegt und ich konnte daraus schon mit Sicherheit sagen, daß es sich hier um einen derartigen Fall handelt. Durch weitere Bemühungen ist es uns gelungen, den Fall an die Klinik zu bekommen. Der Weg war durchaus nicht einfach, da es sich um einen serbischen Kriegsgefangenen gehandelt hat; tatsächlich zeigte sich, daß wir es mit einem besonders intensiv entwickelten Krankheitsbild dieser Art zu tun hatten.

Die Erscheinungen bildeten sich nun bei unserem Kranken ohne jede Therapie allmählich zurück. Ende August desselben Jahres war die Haut völlig frei von Infiltraten, dort und da waren leicht atrophische Hautstellen zurückgeblieben. Im ganzen mußte man überrascht sein, daß ein derartig intensiv entwickelt gewesener infiltrativer Prozeß so geringe Spuren auf der Haut hinterlassen hatte. Im März 1918 traten nun bei unserem Kranken aus voller Gesundheit plötzlich Temperaturen über 38° auf, Pat. fühlte sich krank und zugleich entwickelten sich Erytheme im Gesicht, an den Extremitäten,



kurz an vielen der Stellen, die früher Sitz von Erscheinungen gewesen waren. Die Temperaturen waren nach wenigen Tagen wieder zur Norm abgesunken, um während der ganzen weiteren Zeit auf diesem Stand zu bleiben. Die Erytheme bildeten sich sehr rasch zu Infiltraten um und ungefähr drei Wochen nach Beginn dieser Attacke hatten wir wieder das gleiche imponierende Krankheitsbild vor uns, das wir bei Übernahme des Kranken an die Klinik seinerzeit festzustellen in der Lage waren. Daß einzelne Stellen, die früher Sitz von Erscheinungen gewesen waren, diesmal ausgespart blieben, daß sich die Herde jetzt vielfach um die Atrophien, die von früheren Attacken her resultierten, gruppiert hatten, darauf soll nicht näher eingegangen werden. Die detaillierte Schilderung der mannigfachen Beobachtungen muß der ausführlichen Publikation vorbehalten bleiben.

Diesem reichlichen Exanthem war nun die spontane Rückbildungsfähigkeit im gleichen Maße eigen, wie wir dies von der ersten Attacke gehört haben. Genau so wie dort bildeten sich unter unseren Augen die Infiltrate ohne jede Therapie allmählich zurück. Nach ungefähr drei Monaten war die Haut wieder frei von Erscheinungen. Jetzt folgte ein ca. zweimonatliches Intervall völligen Wohlbefindens bei unserem Kranken, dann plötzlich, Ende August 1918, begann wieder dasselbe Spiel, wie wir es früher gesehen hatten: Temperaturanstieg, durch mehrere Tage Temperaturen um 38°, Auftreten von Erythemen, hauptsächlich im Bereiche der Stellen, die früher betroffen waren, aber auch dort, wo bisher noch keine Efflorescenzen gesessen waren, beispielsweise am Rücken, kamen einzelne Herde zum Vorschein. Alle Erytheme wandelten sich zu oft sehr mächtigen Infiltraten um. Wieder hatten wir ca. drei Wochen nach Beginn der Eruption die Dermatose in ziemlich der gleichen Mächtigkeit vor uns, wie die beiden früheren Male. Auch diesmal kam es zur spontanen Involution der Herde; als wir den Pat. nach dem Zusammenbruch in seine Heimat entlassen mußten (19. XI. 1918), waren bis auf einzelne noch nachweisbare Infiltrate im Gesicht alle übrigen Herde geschwunden.

Wir hatten also, um zusammenzufassen, bei unserem Pat. Gelegenheit, zweimal die Entwicklung der Dermatose von ihren allerersten Anfängen zu beobachten und dabei festzustellen, daß jede Eruption durch kurzwährende Fieberzustände eingeleitet wurde, daß die Umwandlung der Erytheme zu Infiltraten sehr rasch erfolgte, daß sich die Rezidiven der Hauptsache nach im Bereiche jener Hautbezirke ansiedelten, die früher schon Sitz von Krankheitsherden gewesen waren, und daß endlich jedesmal volle spontane Rückbildung erfolgte. Gerade auf letztere Tatsache möchte ich Wert legen, da sie mir mit eine der Besonderheiten dieser Krankheitsform darzustellen scheint, die mit dem ganzen Wesen des Prozesses im innigsten Zusammenhang steht.

Interessant sind nun die histologischen Befunde, welche in den verschiedenen Entwicklungsstadien der Dermatose erhoben werden konnten. Ich brauche kaum zu bemerken, daß ich die Gelegenheit, über alle Entwicklungsstadien des Prozesses Aufschluß zu bekommen, im reichen Maße ausgenützt habe, die Zahl der Excisionen, die ich im Laufe der Beobachtung vornehmen konnte, beläuft sich auf über ein Dutzend.

Die jüngsten Stadien, die untersucht wurden, betrafen den Prozeß am vierten bzw. zehnten Krankheitstage, also im Stadium des Erythems. Um es kurz zu sagen, ist in dieser Entwicklungsphase von einer Struktur, wie wir sie sonst beim Boeckschen Lupoid zu finden gewohnt sind, nichts zu sehen. Der Hauptsache nach handelt es sich hier um banal entzündliche Veränderungen. Die kleinen Gefäße im Papillarkörperbereich und in den tieferen Schichten der Cutis erscheinen vielfach ein wenig erweitert, von Rundzelleninfiltraten begleitet, die in ihrer Lagerung zu den Gefäßen häufig besondere Verhältnisse erkennen lassen. Die Zellanhäufungen sind nämlich nicht immer entlang den Capillaren in der gleichen Intensität entwickelt, sondern es zeigen sich vielfach an der einen oder anderen Stelle der Capillarwand knospen-



artige Ansammlungen von Infiltratzellen, so daß man den Eindruck gewinnt, als wenn die Gefäße abschnittsweise mit knopfförmigen Anhängen versehen wären. Das Bild ist dadurch von dem bei anderen banal entzündlichen, perivasculären Infiltrationen doch wesentlich unterschieden. Gar nicht selten finden sich im Zentrum dieser Zellanhäufungen (besonders war dies an dem 10 Tage alten Krankheitsmaterial festzustellen) große, blaß gefärbte Zellen mit großen Kernen, die auf den ersten Blick für epitheloide Zellen gehalten werden müssen. Wo sie vorkommen, sind sie durchwegs nur in ganz wenigen Exemplaren entwickelt. Als weiteres wichtiges Detail kommt noch hinzu, daß sich in diesen Infiltraten allerorts reichlich säurefeste Bacillen nachweisen ließen vom Typus der Kochschen Bacillen.

In einem etwas älteren Stadium — es stammt vom 21. Krankheitstage — erinnert das histologische Bild schon durchaus an die Verhältnisse, wie sie uns für das Boecksche Lupoid als charakteristisch bekannt sind. Die Epitheloidzellstruktur der Infiltrate steht jetzt schon im Vordergrund, die banal entzündliche Reaktion des früheren Stadiums erscheint von derselben fast völlig abgelöst. Es finden sich ja wohl noch dort und da Rundzellen um die Epitheloidzellnester und abseits von ihnen, dominierend sind aber letztere. Die Beziehung dieser Epitheloidzellherde zu den Gefäßen ist in der gleichen Weise ersichtlich, wie wir dies im ersten Stadium kennengelernt haben. Im ganzen sind die Gewebseinlagerungen hier schon umfänglicher als früher, bei der Umwandlung der entzündlichen Infiltrate zu spezifischen, wenn wir sie so nennen wollen, sind diese allerorts mächtig angeschwollen. Auch in diesem Stadium waren noch Bacillen festzustellen, allerdings in sehr geringer Zahl.

Ein um 15 Tage noch älteres Stadium ergibt das für die Boecksche Dermatose charakteristische Bild in voller Entwicklung, ohne daß Bacillen im Gewebe hätten aufgedeckt werden können. Auf die histologischen Details näher einzugehen, erscheint überflüssig.

Spätere Excisionen betreffen die Dermatose im Stadium der Rückbildung. Die histologischen Veränderungen zeigen hier eine Reihe interessanter Details, insbesondere hinsichtlich der Degeneration der Epitheloidzellen, bezüglich des Auftretens von Granulationsgewebe und ähnlichem mehr. Es würde zu weit führen, auf all dies einzugehen, diese Feststellungen sind auch für die weiteren Ausführungen ohne Belang.

Die mikroskopische Untersuchung bei unserem Kranken hat also gezeigt, daß im Initialstadium der Dermatose, demnach zur Zeit, wo das histologische Bild fast ausschließlich akut entzündlichen Charakter dargeboten hat, allerorts im Gewebe reichlich säurefeste Bacillen vorhanden waren, daß in etwas älteren Stadien, wo schon die epitheloide Zellstruktur markant war, ihr Vorkommen sehr spärlich wurde, und daß schließlich der Nachweis derselben in voll entwickelten Herden überhaupt nicht mehr gelang. Das Vorhandensein von Bacillen im Gewebe war demnach hauptsächlich an die akut entzündliche Phase des Prozesses geknüpft, mit dem Hervortreten der Epitheloidzellstruktur schwanden die Bacillen allmählich aus dem Gewebe, in voll entwickelten Herden fehlten sie gänzlich.

Diese Tatsachen gestatten uns nun, wie ich meine, ganz bestimmte Schlüsse hinsichtlich des Wesens und der Pathogenese dieser Erkrankung zu ziehen.

Zunächst soll aber noch zur Frage Stellung genommen werden, ob wir es hier überhaupt mit einem Fall zu tun haben, den wir als zum Boeckschen Lupoid gehörig ansehen dürfen. Volk neigt der Ansicht zu, daß die Klinik des Falles einige Details aufweist, die ihn von den gewöhnlichen Vertretern dieser Dermatose unterscheidet, und er will ihm nachher, gewissermaßen als Unikum eine Sonderstellung zuweisen. Besonders das relativ rasche Abheilen der Krankheitserscheinung hält Volk in dem vorliegenden Falle als nicht völlig



übereinstimmend mit dem, was wir beim Boeckschen Lupoid vorzufinden gewohnt sind. Meiner Meinung nach besteht nun keine Veranlassung, hier ein neues Krankheitsbild aufzustellen, ja, ich bin der Ansicht, daß wir es geradezu mit einem typischen Fall von Boeckschem Lupoid zu tun haben. Beim Versuche, diese Behauptung zu beweisen, zeigt sich zunächst eine Schwierigkeit, nämlich die, daß bezüglich dessen, was zum Boeckschen Lupoid gerechnet wird, im allgemeinen kaum je strenge Regeln eingehalten werden, und daß demnach unter diesem Titel Fälle der gewiß verschiedensten Art publiziert und subsumiert erscheinen. Trotzdem beispielsweise gelegentlich immer wieder darauf verwiesen wird, daß die Klinik allein hinsichtlich Diagnose nichts zu entscheiden vermag, sondern daß die histologische Struktur in der typischen Weise entwickelt sein muß, werden Fälle mit Knoten und Infiltraten verschiedener Art, entweder ohne histologischen Befund oder wo ein lupusähnlicherBau aufgedeckt wird, kurzerhand als Lupoid bezeichnet. Das ist zweifellos falsch. Über Fälle, die nicht histologisch untersucht wurden, läßt sich überhaupt nichts Sicheres aussagen, und Fälle mit Biopsie, die eine vom klassischen Bilde abweichende Struktur erkennen lassen, dürfen gleichfalls nicht hierher gezählt werden. Für die Diagnose Boecksches Lupoid entscheidend ist einzig und allein das klinische Exterieur des Falles + typischem, anatomischem Befund. Dabei stellt letzterer ob seiner Konstanz gegenüber den vielgestaltigen, in den einzelnen Fällen immerhin schwankenden klinischen Erscheinungsformen (ich erinnere nur an das differente Aussehen der klein papulösen, diffus infiltrierenden und großknotigen Form) das noch souveränere Diagnosticum dar. Der vorliegende Fall entspricht nun den beiden Postulaten vollkommen. Die klinischen Erscheinungen waren, wenn überhaupt je, so hier in vollem Maße gegeben, die Farbe der Infiltrate, der Aufbau derselben aus einzelnen Focis, die bei der diaskopischen Betrachtung besonders schön hervortraten, die Konsistenz der Einlagerungen — es kann dies alles nicht typischer gedacht werden, und ich bin davon überzeugt, daß nicht einer unter uns, der den Fall auf der Höhe der Entwicklung gesehen hätte, etwas anderes als Boecksches Lupoid diagnostiziert hätte. Dazu kommt nun noch das überzeugende histologische Bild, das an den mannigfachen excidierten Stellen überall in derselben Art vorzufinden war. Warum soll man nun bei dieser Sachlage annehmen, daß es sich hier nicht um einen typischen Vertreter der in Rede stehenden Krankheitsform gehandelt hat? Ich glaube, dafür liegt weder Grund noch Berechtigung vor. Der Umstand, daß die Dermatose unter unseren Augen in relativ kurzer Zeit, innerhalb weniger Monate abgeheilt, nach freiem Intervall rezidiviert und dann wieder zur Rückbildung gekommen ist, Vorkommnisse, wie sie bisher in so präziser Form nicht mitgeteilt sind, vermag meines Erachtens kein genug stichhaltiges Argument gegen die Zuzählung der hier vorliegenden Dermatose zum Boeckschen Lupoid abzugeben. Das Tempo, in dem die Abheilung eines infiltrativen Prozesses erfolgt, erscheint uns doch im allgemeinen als nicht genügendes Kriterium, um die Zugehörigkeit zu einer Erkrankung oder das Gegenteil davon zu erweisen! Das Wesentliche ist, ob ein Prozeß überhaupt zur spontanen Involution tendiert oder nicht, ob diese nun in dem einen Falle länger oder kürzer dauert, ist von sekundärer Bedeutung. Und damit ist hier die Frage zu beantworten, ob denn dem Boeckschen Lupoid im allgemeinen Rückbildungs- bzw. Abheilungstendenz eigen ist oder nicht. Darauf kann man wohl antworten: ja. Allerdings sind die Mitteilungen in der Literatur diesbezüglich durchwegs ein wenig verschleiert, und zwar deshalb, weil in der größten Zahl von Fällen, entsprechend dem Vorschlage Boecks, Arsen ordiniert wurde. Durch die Wirkung desselben soll der Vorstellung Boecks nach die Heilung der Dermatose gewährleistet sein, ja der therapeutische Erfolg soll geradezu zu den Besonderheiten dieser Erkrankung gehören. Nun glaube ich, daß hier bei Beurteilung des Erfolges das propter hoc mit dem post hoc verwechselt ist, um so mehr als wir keinen Infiltrationsprozeß mit tuberkuloider Struktur kennen, bei dem durch Solutio Fowleri oder ähnlichen

Arsendarreichungen sichere spezifische Beeinflussungen zu erzielen sind. Die Pharmakologie weiß uns darüber ja auch nichts zu berichten, wie wir uns einen solchen Wirkungsmechanismus vorzustellen hätten. Ich halte es für durchaus unerwiesen, daß der Arsen es ist, der die Rückbildung der Infiltrate beim Boeckschen Lupoid bewirkt, glaube vielmehr, daß es sich hierbei um spontane Rückbildungsvorgänge handelt; und wenn man gerade die Publikationen Boecks aufmerksam durchstudiert, so erfährt man aus dem einen oder anderen seiner Fälle, daß die Rückbildung der Herde schon zu einer Zeit eingesetzt hatte, wo mit der Arsenmedikation überhaupt noch nicht begonnen worden war. Das Tempo der Rückbildung in den einzelnen Beobachtungen ist ja wohl ein sehr verschiedenes, und es gibt Fälle, die allem Anscheine nach jahrelang bis zur definitiven Abheilung brauchen können. Aber schließlich heilen sie aus. Und das ist ja die Tatsache, die uns hier interessiert. Daß sich unter den mitgeteilten Fällen von Boeckschem Lupoid auch solche finden, die nicht zur Abheilung kamen — Boeck selbst erwähnt derartiges —, kann uns nicht wundernehmen. Unter Hinweis auf das früher Festgestellte, daß sich unter dem Titel Boecksches Lupoid verschiedenartige, gewiß nicht immer zusammengehörige Prozesse subsumiert finden, können wir auch gar nicht erwarten, daß die Endstadien übereinstimmen. In all den Fällen, wo es nicht zur Abheilung gekommen ist, erscheint es mir durchaus zweifelhaft, ob es sich hierbei überhaupt um Vertreter dieser Dermatose gehandelt hat. Vielfach entsprechen die Fälle nicht den Postulaten, die früher aufgestellt worden sind, und selbst gegenüber Boeck muß ich betonen, daß auch durchaus nicht für alle von ihm publizierten Fälle der Beweis erbracht ist, daß jedesmal die nach ihm benannte Dermatose vorgelegen ist. Als Beispiel für die spontane Abheilungsfähigkeit der in Rede stehenden Dermatose will ich auch noch auf den unlängst von Mucha veröffentlichten interessanten Fall verweisen.

Wir müssen also nach allem wohl annehmen, daß dem Boeckschen Lupoid spontane Heilungstendenz zukommt — und ich halte dies, wie schon früher erwähnt, für einen Umstand, der mit dem Wesen der Erkrankung in innigstem Zusammenhange steht. Bei dieser Tatsache kann das relativ rasche Abheilen in dem vorliegenden Falle wohl kaum als trennendes Moment bezüglich Zuzählung unserer Dermatose zum Boeckschen Lupoid angesehen werden.

Um nun zu den Schlußfolgerungen zu kommen, die sich aus den anatomischen Erhebungen in dem vorliegenden Falle ableiten lassen, so steht es zunächst wohl über jeden Zweifel fest, daß wir es in unserer Beobachtung von Boeckschem Lupoid mit einer durch säurefeste Bacillen hervorgerufenen Dermatose zu tun haben, und zwar gelangten die Bacillen auf hämatogenem Wege in die Cutis. Entsprechend dem Einbruchsmodus der Parasiten entwickeln sich entlang dem Verlaufe der Gefäße reaktiv entzündliche Erscheinungen: Rundzellenanhäufungen von banalem Charakter, deren Lagerung zu den Gefäßen gewisse Besonderheiten aufweist. Diese lymphocytäre Reaktion wird sehr bald von der spezifischen abgelöst, die Rundzellen werden allmählich von epitheloiden Elementen substituiert, die Epitheloidzellhaufen stehen ebenso wie früher die Rundzelleninfiltrate in einer gewissen Beziehung zu den Gefäßen. Die vielfach eigenartige Anordnung der Infiltrate im Gewebe, wie sie uns beim Boeckschen Lupoid immer wieder entgegentritt, erscheint durch diese Genese vollkommen geklärt. Hand in Hand mit dem Hervortreten der Epitheloidzellstruktur geht das Schwinden der Bacillen aus dem Gewebe. Voll entwickelte Herde sind frei von Virus, daher die immer wieder zu erhebenden negativen Bacillenbefunde bei dieser Dermatose! Wenn wir den Prozeß zur Ansicht bekommen, ist er in der Regel eben schon weit über das Stadium hinaus, wo die Bacillen im Gewebe vorhanden sind. Wir sehen immer nur die vollentwickelten



Krankheitsbilder. Es gehört meines Erachtens mit zum Wesen dieser eigenartigen Erkrankung, daß das Virus sehr bald, nachdem es in die Haut eingedrungen ist, unschädlich gemacht und eliminiert wird, und zwar wie es scheint, alles Virus, das an eine bestimmte Stelle vordringt; nur so erklärt sich ja die spontane Abheilung der Herde. Das Instrument, dessen sich das Gewebe zur Eliminierung des Virus bedient, ist nun eben die tuberkuloide Struktur.

Ganz ähnlich wie beim Eindringen irgendwelcher Fremdkörper in die Haut vom Gewebe versucht wird, durch Entwicklung eines Epitheloidzellengranuloms die Schädigung auszuschalten, scheinen die Dinge auch hier zu liegen. Tatsächlich spricht eine Reihe von Umständen dafür, daß die in die Haut gelangten Bacillen sehr bald jeder Aktivität beraubt werden und damit förmlich zu banalen Fremdkörpern herabsinken. Einen gewissen Hinweis in der Richtung vermögen zunächst schon die Ergebnisse der Tierexperimente in unserem Falle zu bieten. Bei jeder Attacke wurden zur Zeit, als sich der Prozeß im Initialstadium befand, je zwei Meerschweinchen mit Gewebe inokuliert. In den histologischen Kontrollpräparaten des Impfmateriales waren jedesmal säurefeste Bacillen zu finden gewesen, das eine Mal reichlich, das zweite Mal spärlicher. Alle Tiere blieben gesund. Trotz des Vorhandenseins von Bacillen im Gewebe bekamen wir also negative Impfresultate! Tierexperimentelle Ergebnisse, wie sie ja bekanntlich das gewöhnliche bei dieser Dermatos darstellen. Aus dieser Tatsache darf nun wohl, wenn auch nur mit einer gewissen Reserve geschlossen werden, daß das Virus im Gewebe zu dieser Zeit bereits abgestorben war, zum mindesten, daß ihm besondere proliferative Fähigkeiten nicht mehr innegewohnt haben werden. Hätte sich das Virus im aktiven Zustand befunden, so hätte bei dem so reichlichen Vorkommen desselben in den Krankheitsherden der Impfversuch wohl positiv geendet.

Es könnte nun hier die Frage gestellt werden, ob nicht von Haus aus totes Bacillenmaterial in die Haut eingeschwemmt worden ist? Ohne näher darauf einzugehen, ob in der menschlichen Pathologie derartiges überhaupt vorkommt, kann für den vorliegenden Fall die Frage mit Bestimmtheit verneint werden, und zwar auf Grund eines positiven Tierexperimentes, daß bei Impfung mit Blut erzielt wurde. Zur Zeit, als die zweite Rezidivattacke unter Fieber einsetzte, die Erytheme gerade im Hervortreten begriffen waren, wurden zwei Meerschweinchen mit je 5 ccm Blut intraperitoneal geimpft. Eines der Tiere ging nach 29 Tagen an allgemeiner Organtuberkulose zugrunde — das histologische Bild zeigte, wie ich Volk antworten kann, typische verkäsende Tuberkel —, das zweite Tier blieb gesund. Dieser Befund besagt meiner Meinung nach, daß die fieberhaften Zustände im Beginn der Rezidivattacke der Ausdruck für die Überschwemmung des Blutes mit Virus zu der Zeit gewesen sind, daß wir uns demnach die Rezidiven als auf hämatogenem Wege zustande gekommen vorstellen müssen, ferner, daß virulentes Bacillenmaterial im Kreislauf vorhanden war, das gewiß auch in diesem Zustand in die Haut eingedrungen ist, dortselbst aber sehr bald völlig inaktiviert wurde; für letztere Ansicht vermögen eben die negativ verlaufenen Impfungen mit Gewebe, wie früher schon erwähnt, eine gewisse Stütze zu bringen. Ich muß hier noch bemerken, daß die betreffenden Impfungen mit Gewebe am 11. bzw. 21. Krankheitstage ausgeführt worden waren, zu dieser Zeit — einem wohl recht frühen Termin — war das Virus also schon inaktiv! Vielleicht hätten Experimente, noch früher angestellt, positive Impfresultate ergeben, und das von mir seinerzeit, vor mehr als zehn Jahren in einem ähnlichen Falle erzielte positive Tierexperiment ist wohl nur so zu erklären, daß ich zufällig auf ein so frisches Stadium gestoßen bin, daß die Bacillen noch im lebensfähigen Zustande waren. Leider konnte ich in der vorliegenden Beobachtung der Frage, wie lange denn die Parasiten im Gewebe lebensfähig bleiben, nicht näher nachgehen, da der Mangel an Versuchstieren die Aufstellung größerer Impfreihen unmöglich machte, und so kann in der Richtung nichts absolut Sicheres gesagt werden. Auch die Kultivierung des Bacillenstammes aus den Organen des im Anschluß



an die Blutimpfung eingegangenen Meerschweinchens ist ausständig, Lücken in der Reihe meiner Feststellungen, die gewiß störend zu empfinden sind. Ja es kann der Mangel der kulturellen Bestimmung des Virus vielleicht geradezu als Einwand gegen die Behauptung, es habe sich hier überhaupt um Tuberkulose gehandelt, dienen, ob mit Recht erscheint mir durchaus zweifelhaft, da wir doch in der ganzen Pathologie keinen anderen, durch säurefestes Virus hervorgerufenen Prozeß kennen, als den durch den Tuberkel- oder Leprabacillus bedingten. Und daß wir es hier nicht mit Lepra zu tun hatten, versteht sich wohl von selbst.

Ohne auf diese Fragen weiter einzugehen, resultiert aus den Beobachtungen sicher: das in die Haut eingedrungene lebende säurefeste Virus verliert dort sehr rasch seine proliferativen Fähigkeiten und wird mit Hilfe des tuberkuloiden Granuloms dann definitiv eliminiert. Deswegen, weil so reichlich Keime im Gewebe vorhanden sind, muß auch die tuberkuloide Struktur im entsprechenden Ausmaße zur Entwicklung kommen, deshalb finden wir vielfach so umfängliche Epitheloidzellenplaques.

Die hier vertretene Auffassung vom Verhalten des Virus im Gewebe stimmt vollkommen mit den Ansichten überein, die dermalen auf Grund mannigfacher Arbeiten der letzten Jahre, besonders jener Lewandowskys bezüglich des Zustandekommens von tuberkuloiden Strukturen überhaupt Geltung haben. Ich habe ja im vorigen Jahre Gelegenheit gehabt, über diese Dinge hier eingehend zu berichten (cf. Archiv Bd. 125). Das tuberkuloide Granulom stellt im allgemeinen den Ausdruck dafür dar, daß sich das ätiologisch in Betracht kommende Virus nicht etwa im Stadium besonderer Aktivität befindet, daß seine Vermehrung gerade im Gange sei, sondern daß vielmehr die Phase des Zugrundegehens der Parasiten gegeben ist. Diesbezüglich haben wir es mit einem biologischen Gesetz zu tun, das Lewandowsky bekanntlich in dem Satz formuliert: Wo Bakterien sich im Körper schrankenlos vermehren, da antwortet der Körper mit den unspezifischen Reaktionen der Entzündung; wo Bakterien unter Einwirkung von Antikörpern langsam zerfallen, wo Bakterieneiweiß durch ihre Tätigkeit abgebaut wird, da entstehen Tuberkel und tuberkuloide Strukturen. Wenn also die Produktion von Epitheloidzellgranulomen als Ausdruck des im Gange befindlichen Abbauprozesses der Parasiten angesehen werden muß, dann kann dort, wo die tuberkuloide Struktur in so klassischer Weise zur Ausbildung gelangt ist wie beim Boeckschen Lupoid, wohl kaum daran gedacht werden, daß hier noch lebensfähiges Virus vorhanden ist.

Die Verhältnisse bezüglich der Beschränkung des Proliferationsvermögens des Virus scheinen hier überhaupt ganz besondere zu sein. Dafür sprechen vor allem zwei Tatsachen, die wir bei diesem Prozeß immer wieder feststellen können; ich meine den Mangel stärkerer banal entzündlicher Reaktionen in und zwischen den Epitheloidzellnestern und die Unempfindlichkeit gegen Tuberkulin. Beide Vorkommnisse stehen miteinander ja wohl im innigen Zusammenhang und hängen in letzter Linie, wie man annehmen muß, mit besonderen biologischen Verhältnissen zusammen, die hier gegeben sind. Wenn wir uns kurz vergegenwärtigen, wie wir uns das Zustandekommen einer positiven Tuberkulinreaktion vorzustellen haben, so geht die Lehre dahin, daß beim Einbringen von Tuberkulin in einen tuberkulösen Organismus durch die in demselben vorhandenen Antikörper aus dem Impfstoff eine toxisch wirkende Substanz aufgeschlossen wird, welche die entzündliche Reaktion auslöst. Der normale Mensch verfügt über keine derartigen Körper, daher verläuft auch die Tuberkulinisierung ohne Effekt. Wenn bei einem tuberkulösen Individuum Bacillen in die Haut eindringen, beispielsweise auf hämatogenem Wege, so werden diese der gangbaren Lehre nach zunächst durch die vorhandenen oder entstehenden Antikörper inaktiviert, aufgeschlossen und dann mit Hilfe der tuberkuloiden Struktur eliminiert. Die banal entzündlichen Reaktionen stellen uns gewissermaßen den Ausdruck für einen Kampf dar, der sich zwischen dem Antigen und den Antikörpern abspielt. Dort, wo wir derartige

Reaktionen vermissen, haben wir anzunehmen, daß Antikörper in der gewöhnlichen Weise nicht produziert sind. Und derartiges scheint nun, wie aus dem Mangel entsprechend entwickelter, entzündlicher Veränderungen im Gewebe, sowie aus der Unempfindlichkeit gegen Tuberkulin hervorgeht, beim Boeckschen Lupoid der Fall zu sein. Welche Kräfte hier dafür wirksam sind, um das Virus zu inaktivieren, inwieweit hierbei vielleicht die histogene Immunität eine Rolle spielt, darüber kann nichts Näheres ausgesagt werden — jedenfalls aber kann man zu keiner anderen Vorstellung kommen als der, daß sich die Haut bei Kranken dieser Art in einem eigenartigen Zustande der Unempfindlichkeit (Anergie) befindet, daß Bacillen, in sie hineingelangt, fast überhaupt keinen Reaktionszustand im gewöhnlichen Sinne hervorzubringen vermögen, daß sie keine entsprechende Lebensbasis finden und damit gehindert sind, ihre biologischen Qualitäten voll zu entfalten. Sehr bald nach ihrem Eindringen sinken die Parasiten auf den gänzlich ungeeigneten Nährboden gewissermaßen zu banalen Fremdkörpern herab, die auf dem Wege des tuberkuloiden Granuloms eliminiert werden. Bei diesem Abbau der Bacillen werden nun wohl, wie wir annehmen müssen, Giftstoffe frei; diese vermögen aber offenbar keine Wirkung zu entfalten, allem Anscheine nach werden sie sehr rasch in ungiftige Substanzen umgesetzt. Eine solche Vorstellung ist unerläßlich, da wir ja das Fehlen der entzündlichen Gewebsreaktionen, die wir mit der Wirkung der Giftstoffe in Beziehung bringen, sonst nicht zu erklären in der Lage wären. Wir hätten uns vielleicht vorzustellen, daß der Organismus eine besondere „antitoxische" Immunität besitzt, wo demnach trotz des Fehlens von lytischen Antikörpern doch direkt antitoxisch wirkende vorhanden sind. Es soll diesbezüglich auf die von Löwenstein und Pickert und von Hamburger beschriebenen „Anticutine" verwiesen sein, auf Substanzen, die sich bei Tuberkulösen gelegentlich finden und die Eigenschaft haben, das aus dem Tuberkulin aufgeschlossene Toxin unwirksam zu machen. Jadassohn hat schon gelegentlich einmal eine solche Vermutung ausgesprochen, es soll darauf hier nicht näher eingegangen werden.

Nach all dem Erwähnten kann wohl kaum ein Zweifel bestehen, daß wir es im Boeckschen Lupoid mit einer ganz besonderen Erscheinungsform der Hauttuberkulose zu tun haben, die auf Grund ihres Wesens abseits von allen anderen ätiologisch gleichsinnigen Prozessen steht und daher auch von diesen streng abgegrenzt werden soll. Ich komme damit auf eine Frage zu sprechen, die schon wiederholt diskutiert und in verschiedener Weise beantwortet worden ist — ich habe sie ja eingangs schon gestreift —, nämlich, was man überhaupt als Boecksches Lupoid bezeichnen dürfe? Ich selbst habe immer den Standpunkt vertreten, daß man hier sehr strenge vorgehen müsse, daß die klinischen Verhältnisse allein für die Diagnose nicht entscheidend sein können, daß das histologische Substrat vor allem in der klassischen Weise gegeben sein müsse; daß es ferner nicht genüge, daß nur abschnittsweise die typische Struktur entwickelt sei, sondern daß die Herde ganz gleichmäßig aufgebaut sein müssen. Wir finden ja bekanntlich auch in Lupusfällen gelegentlich Stellen, die ganz den Bau des Boeckschen Lupoids erkennen lassen, und das kann gar nicht wundernehmen, wenn man bedenkt, daß eine derartige anatomische Struktur stets in der gleichen Weise den Ausdruck dafür abgibt, daß das Virus an der betreffenden Stelle völlig inaktiviert und daß seine Eliminierung im Gange ist. In ganz ähnlicher Weise können einmal ja auch Krankheitsherde die Struktur des Boeckschen Lupoids aufweisen, die durch ganz andere Noxen bedingt sind. Ich verweise hier speziell darauf, daß bei Lepra völlig ähnliche Bilder zustande kommen können, daß selbst Boeck einen Fall von Mazza, der sich schließlich als Lepra herausgestellt hat, auf Grund des histologischen Präparates als zu der von ihm beschriebenen Dermatose gehörig bezeichnet hat, ferner auf die seinerzeitigen Beobachtungen Oppenheims, wo nach Injektion irgendeiner Substanz in die Haut multiple Tumoren aufgetreten sind, die den

Bau des Boeckschen Lupoids in vollendeter Weise gezeigt haben. Bei der Auffassung, die wir heute über das Zustandekommen tuberkuloider Strukturen haben, müssen uns alle diese Tatsachen verständlich erscheinen. Die verschiedensten Ursachen vermögen eben gleiche anatomische Läsionen zu erzeugen. Aber deshalb wäre es meiner Meinung nach doch verfehlt, auf Grund des übereinstimmenden histologischen Bildes alle diese Prozesse dem Boeckschen Lupoid zuzuzählen. So wenig tuberkulöse Erkrankungen, die nur abschnittsweise den Bau der Boeckschen Dermatose erkennen lassen, als Vertreter dieser Erkrankung angesehen werden dürfen, ist dies für ätiologisch andersartige Prozesse mit der gleichen Struktur angängig. Daß es zwischen einzelnen Formen der Hauttuberkulose, speziell des Lupus und dem Boeckschen Lupoid Übergänge gibt und geben muß, versteht sich ja von selbst, das hängt vor allem damit zusammen, daß der Immunitätszustand der Haut nicht überall in der ganz gleichen Weise entwickelt ist und daß deswegen der Abbau des Virus an verschiedenen Stellen ein verschiedener ist. Nur so können wir uns ja das Abheilen von tuberkulösen Herden an der einen Stelle neben dem Fortschreiten an einer anderen erklären. Das Boecksche Lupoid aber oder, wie wir die Erkrankung zweckmäßig nennen sollen, die Tuberculosis cutis Typus Boeck, hat zur Voraussetzung, daß sich die Haut im ganzen in einem Zustande befindet, der für das eindringende Virus einen so eigenartigen Boden abgibt, daß die Entwicklung desselben im vollen Masse nicht möglich ist; deshalb weil überall dieselben Verhältnisse vorliegen, kommt es allerorts, wo sich das Virus ansiedelt, zur gleichen anatomischen Struktur. Die eigenartigen biologischen Verhältnisse finden eben in diesem Umstande, ferner in der Tuberkulinunempfindlichkeit und in der spontanen Rückbildungsfähigkeit des Prozesses ihren besonderen Ausdruck.

Sachs: Zu den lehrreichen Ausführungen des Prof. Ehrmann und Kollegen Volk erlaube ich mir, folgende Bemerkungen zu machen. Zunächst möchte ich erwähnen, daß gerade in den letzten Jahren einerseits durch die Unterernährung der Bevölkerung, andererseits durch die Grippeepidemie in den Jahren 1918—1919 eine erhöhte Disposition zur Erkrankung an Tuberkulose, speziell Hauttuberkulose besteht. In meinem Ambulatorium beobachtete ich in bisher von mir nicht gesehener Zahl Fälle von Lymphomata colli, Lichen scrophulosorum, papulonekrotischen Tuberkuliden, Erythema induraitivum Bazin. Die Haut disponiert bekanntlich im allgemeinen in geringerem Grade als fast alle anderen Organe des Körpers zur Erkrankung an Tuberkulose, unter den letzterwähnten Umständen bietet die Haut einen günstigen Nährboden für die Proliferation des Tuberkelbacillus, namentlich bei Kindern und jugendlichen Individuen. Jedenfalls spielen hier konstitutionelle und konditionelle Momente eine große Rolle. Sowie nach Scharlach und ganz besonders nach Masern nicht nur Tuberkulose im allgemeinen, sondern ganz speziell Hauttuberkulose auftreten, so müssen wir die Grippe auch zu den die Hauttuberkulose begünstigenden Erkrankungen rechnen.

Die Frage nach dem positiven Ausfall der Wassermann-Reaktion bei Hauttuberkulosen und Tuberkuliden hat bereits eine große Literatur gezeitigt und wird wohl zur Zeit als unspezifische Reaktion aufgefaßt. Nach Kerl müssen wir das Augenmerk auf eine genaue Familienanamnese vom Patieten mit Zuziehen der Eltern richten. Nachforschungen dieser Art werden die Zahl von unspezifischen Reaktionen beträchtlich herabzusetzen imstande sein. Bemerkenswert bleibt ein von mir beobachteter Fall eines bosnischen Infanteristen mit papulonekrotischen Tuberkuliden an den Extremitäten, Trochantergegend und Genitale mit positivem Wassermann. Nach interner Behandlung mit Lebertran heilen die Tuberkulide ab. Der Wassermann wird negativ. Ob der bosnische Soldat nicht doch eine latente Lues hatte, war mit Rücksicht auf das Fehlen von irgendwelchen Residuen nach manifesten Erscheinungen nicht anzunehmen, bei einem Bosnier aber nicht auszuschließen. Vielleicht gibt die von mir erhobene Tatsache des Umschlagens des positiven zum



negativen Wassermann nach Darreichung von Lebertran, sowie die Versuche von Volk und Gross u. a. mit Lecithin einen Weg das Wesen der biologisch-chemischen Natur der unspezifischen Wassermann-Reaktion zu erforschen. Jedenfalls ist die Frage des Zusammenhanges von positiver Wassermann-Reaktion imt den klinischen Erscheinungen der Hauttuberkulose und Tuberkulide als keineswegs abgeschlossen zu betrachten.

Übereinstimmend geben alle Autoren an, daß die papulonekrotischen Tuberkulide keinen einheitlichen Bau zeigen, einmal ist das histologische Bild ganz uncharakteristisch, ein anderes Mal findet man Epitheloidzelltuberkeln mit oder ohne Riesenzellen. Es besteht demnach die Tatsache zu Recht, daß die banal entzündlichen und die tuberkuloiden Strukturen nur als verschiedene Stadien der gleichen Affektion aufzufassen sind. Ein von mir in der Wiener Dermatologischen Gesellschaft, sowie auf dem letzten Dermatologen-Kongreß demonstrierter Fall von papulonekrotischen Tuberkuliden am Genitale hätte durch den positiven Ausfall der Wassermann-Reaktion den Verdacht auf luetische Papeln erregen können. Die histologische Untersuchung bestätigte die Diagnose papulonekrotisches Tuberkulid.

Die von Kaposi eingeführte Bezeichnung der Acne teleangiectodes hat eigentlich nur historischen Wert, da von den meisten Autoren ein Teil dieser Acneform als eine spezielle Lokalisation der papulonekrotischen Tuberkulide im Gesicht angesehen wird, ein anderer zum Lupus vulgaris disseminatus gerechnet wird.

Die von Hebra beschriebene Krankheitsgruppe der Acne cachecticorum ist in ihrer Ätiologie doch nicht ganz klar, abgesehen von den Fällen, die wir jetzt als papulonekrotische Tuberkulide auffassen und die als nahe verwandte Typen oft mit der Acne cachecticorum verwechselt werden. Ehrmann nimmt für die Entstehung der Acne cachecticorum eine endogene Ursache an, analog der endogen sich entwickelnden Acne bei Petroleumraffineuren und Arbeitern in Ölfabriken.

Beim Erythema indurativum Bazin treten bekanntlich die Gewebsveränderungen an den Gefäßen, besonders an den Venen, in den Vordergrund, abgesehen von der Wucheratrophie im subcutanen Fettgewebe, der Nekrose und den tuberkuloiden Strukturen. Durch die letztere, sowie die Nekrosen entsteht histologisch eine große Ähnlichkeit mit dem Gumma syphiliticum. Bei einer von mir beobachteten 54 Jahre alten Frau mit Lymphomata colli traten in der Nähe der platten- und knotenförmigen Infiltrate auf beiden Unterschenkeln, sowie dem rechten Fußrücken ungefähr linsengroße Knötchen auf, welche nach Form und Farbe den Eindruck eines Lupusknötchens hätten erwecken können, histologisch den Bau eines Erythema indurativum Bazin erkennen ließ. Dieselbe Pat. hatte auf beiden Oberarmen subcutane Knoten, einige schon in Rückbildung begriffen, mit der atrophischen Haut verlötet. Dieser Fall beweist in Übereinstimmung mit anderen Autoren, daß das subcutane Sarkoid Darier, Roussy vom Erythema indurativum Bazin nicht zu trennen ist und eine besondere Bezeichnung überflüssig erscheint, da es ja den gleichen Bau wie das Erythema indurativum Bazin zeigt.

Über die Beziehungen des Erythema nodosum zur Tuberkulose sind die Akten noch nicht geschlossen, wenngleich das Erythema nodosum allgemein als eine rheumatische Erkrankung aufgefaßt wird. Die Beobachtungen von Rudolf Pollak, der 48 Fälle von Erythema nodosum bei Kindern von 1—13 Jahren zusammengestellt hat, zeigen, daß alle diese Kinder auf Tuberkulin nach Pirquet positiv reagierten. Von diesen waren 28 Kinder in einem Alter (2—6 Jahre), wo der Durchschnitt positiver Reaktionen sonst höchstens 52% beträgt. Ob das Erythema nodosum bei weiblichen, anämischen Individuen nur ein Vorstadium für das Erythema indurativum Bazin bedeutet, sollen erst weitere Beobachtungen und Untersuchungen lehren.

Die zahlreichen Arbeiten über das Boecksche Miliarlupoid beweisen, daß in vielen Punkten noch manche Meinungsverschiedenheiten bestehen. Ich



stimme Nobl bei, daß als die Kardinalsymptome des Boeckschen Miliarlupoids das Auftreten der Erscheinungen im Bereiche des Gesichtes, ferner die von der typischen Tuberkulose abweichende histologische Bauart gleichwie die exquisite kurative Reaktionsfähigkeit auf Arsen gelten. Vielleicht werdendie von Kyrle gemachten Beobachtungen an seinem sehr bemerkenswerten, durch lange Zeit in seinen verschiedenen Phasen studierten Falle in den strittigen Punkten Klarheit bringen. Wie leicht die Diagnose Miliarlupoid (Boeck) gestellt werden könnte, beweist ein von mir beobachteter und auf dem letzten Dermatologenkongreß demonstrierter Fall von Lupus vulgaris. Bei einem 42jährigen Mann bestehen in der linken Wangengegend und auf dem rechten Unterschenkel für Lupus vulgaris charakteristische Herde. Ein vom Unterschenkel excidiertes Hautstückchen zeigte in dem ersten bis neunzehnten Schnitt ein miliares, ausschließlich aus epitheloiden Zellen bestehendes Infiltrat, ohne Verkäsung. Vom zwanzigsten Schnitte angefangen, fand sich im Infiltrat eine kleine verkäste Stelle. Nach dem histologischen Befund in den Schnitten 1—19 wäre, wenn die Untersuchung sich nur auf diese Schnitte bezogen hätte, die Versuchung nahe gewesen, die Diagnose Boecksches Lupoid zu stellen, die aber durch die folgenden Schnitte wegen Verkäsung und Rundzelleninfiltrat um den Epitheloidzelltuberkel, abgesehen von dem klinischen Aussehen auf Lupus vulgaris gestellt werden mußte.

Über die Ätiologie des Granuloma annulare herrscht noch vollständige Unklarheit. Galewsky rechnet diese Affektion zu den Sarkoiden, Graham Little ist geneigt, das Granuloma annulare als eine besondere Form der Tuberkulose aufzufassen. Liebreich aus der Jadassohnschen Klinik in Bern möchte auf Grund seines Falles evtl. Beziehungen zum Lichen ruber planus annehmen. Ich selbst habe vier Fälle beobachtet und konnte ebenso wie Arndt, Nobl, Volk u. a. histologisch nur ein keimfreies Granulationsgewebe konstatieren. Jedenfalls sind weitere Untersuchungen notwendig, um die ätiologische Seite garzustellen.

Die squamösen Erythrodermien lassen sich auf Grund des bisher beobachteten Materials in zwei Hauptgruppen gliedern, in die eine Form im Sinne der Pityriasis rubra Hebrae mit sicher tuberkulöser Ätiologie und in eine leukämische, resp. pseudoleukämische Form, bei welch letzterer nach Jadassohn auf Grund der neuesten Erfahrungen ebenso wie bei den Hodginschen Formen die Bedeutung der Tuberkulose vorläufig in suspenso gelassen werden muß. Ein von mir beobachteter und publizierter Fall der Klinik Finger war als eine unter dem Bilde einer Pseudoleukämie verlaufende Lymphdrüsentuberkulose mit gleichzeitiger generalisierter, exfoliierender Erythrodermie aufzufassen. Nur die genaueste klinische und pathologisch-anatomische Untersuchung der evtl. zur Sektion gelangenden Fälle kann hier zur Aufklärung führen, ob auch noch andere Ursachen zu dem gleichen Symptomenbilde führen können.

Wenn wir auch den Lupus erythematodes als Tuberkulid ansprechen, so sind noch eine Menge ungelöster Fragen gerade auf diesem Gebiete zu beantworten.

Viele Ansichten in der die Tuberkulose der Haut betreffenden Fragen sind noch immer beschwert durch überlieferte, heute kaum mehr haltbare Anschauungen; es harren eine große Zahl von einschlägigen Fragen ihrer Lösung. Notwendig ist es vor allem, daß viele Kapitel der tuberkulösen Erkrankungen der Haut von Grund auf umgearbeitet werden müssen.

Scherber: Die Kenntnis der Tuberkulide hat in den letzten Jahren manche Bereicherung erfahren. Es ist jedoch ohne Zweifel feststehend, daß die Krankheitsgruppe der tuberkulösen Hauterkrankungen weder in der Klinik noch in der ätiologischen Erforschung erschöpft ist. Es sei daher gestattet, ein Krankheitsbild an der Hand zweier beobachteter Fälle genau zu schildern, das ich bis jetzt in dieser Form noch nicht beschrieben fand und das ich nach seiner Klinik und dem Ausfall der Reaktionen nur in die Gruppe der Tuberkulide einreihen kann. Der erste Fall betrifft eine heute 50jährige Frau, die im Herbste



1913 in meine Beobachtung trat. Die ersten Krankheitssymptome bestanden in einer zarten, erythematösen Rötung des linken Handrückens. Die Rötung war von einfach roter Färbung mit einem leichten bräunlichen Stich und nahm das Erythem besonders abends einen leicht violetten, cyanotischen Beiklang an; gleichzeitig bestand eine ödematöse Schwellung der tieferen Gewebsschichten, welche bei zeitweilig wechselnder Stärke gewöhnlich abends zunahm. Auffallend war nun die Konstanz dieser erythematösen Hauterscheinung, die durch mehrere Monate beobachtet, sich fast unverändert erhielt und stets im Zustand des Erythems beharrte, ohne daß sich eine Infiltration oder andere Veränderung anschloß. Im Februar 1914 traten zu der Veränderung am Handrücken analoge erythematöse Herde von Fünfkronenstückgröße und darüber auf, von rundlicher oder ovaler Form, die an Streck- und Beugeseiten des linken Vorder- und Oberarms lokalisiert waren. Mit ihrem roten, leicht bräunlich lividen Farbenton traten die Herde deutlich aus der Umgebung hervor, wobei der Rand deutlich konturiert, jedoch allmählich abblassend in die gesunde Nachbarschaft überging. Es muß hervorgehoben werden, daß die zu dieser Zeit sich in recht gutem Ernährungszustand befindliche Frau, in den Jahren 1910 bis 1912, an einer rechtsseitigen, tuberkulösen Pleuritis erkrankt war, die mit Schwartenbildung zur Ausheilung gekommen war. Ende März 1914 trat zu den bestehenden Erscheinungen ein weiteres Symptom hinzu. Sowohl in den erythematösen Partien des linken Armes wie in der gesunden Haut beider Beine kam es zum distinkten Auftreten einer geringen Anzahl papulöser Efflorescenzen. Die Herde waren über linsen- bis fast hellergroß, scharf begrenzt und flach kuppenförmig aus der erythematösen oder gesunden Haut vortretend, waren sie durch einen rotbraunen Farbenton charakterisiert, wie er den lupösen Infiltraten eigen ist. Die Erscheinungen waren jenen großpapulösen Tuberkuliden jenes Falles ähnlich, den ich kürzlich im Archiv beschrieb. Auf Injektionen von Alttuberkulin zeigten die papulösen Herde eine Zunahme der Schwellung und auch Veränderung in der Verfärbung und gingen dieselben auf zwei Injektionen völlig zuück, um an der Lokalisationsstelle der größeren Papeln einen leicht pigmentierten, leicht atrophischen Fleck zu hinterlassen. Deutliche Reaktion an der Injektionsstelle, Allgemeinreaktion bis 38,8°. Die erythematösen Herde, die mit Hochlagerung und Dunsteinpackungen des ganzen Armes behandelt worden waren, zeigten keine nennenswerte Reaktion. Da auf die zweite Tuberkulininjektion sich Beschwerden in der pleuritischen Schwarte bemerkbar machten, wurden die Injektionen nicht fortgesetzt. Es sei hervorgehoben, daß noch vor den Tuberkulininjektionen drei der papulösen Herde excidiert wurden. Histologisch zeigten die rein erythematösen Partien Gefäßerweiterung und Infiltration vor allem um die Gefäße, aus Rund- und Plasmazellen bestehend, die papulösen Efflorescenzen waren durch entzündliche Veränderungen charakterisiert, die neben Infiltration um die Gefäße mit der reichlichen Bildung von Bindegewebszellen einhergingen. Ich werde die Histologie des Falles noch eingehend in einer zusammenfassenden Publikation schildern. Tuberbelbacillen konnten nicht nachgewiesen werden, die subcutane und intraperitoneale Impfung von Meerschweinchen verlief resultatlos.

Weiterhin kam bei der Patientin die Bestrahlung mit Höhensonne zur Anwendung; es muß betont werden, daß durch systematische Steigerung dieser Bestrahlung und Erzeugung entsprechender Reaktionen die erythematösen Krankheitsherde am Ober- und Vorderarm zum restlosen Schwund gebracht wurden. Nur am linken Handrücken besteht noch eine leichte erythematös-cyanotische Verfärbung und kommt es hier und da zu vorübergehenden Schwellungen.

Der zweite Fall eine 48jährige, große, kräftige Frau steht seit über einem Jahr in meiner Beobachtung. Diese Patientin, aus äußeren Gründen nicht mit Tuberkulin geprüft, bietet folgendes Krankheitsbild: Der Krankheitsprozeß wurde durch Erytheme von genau demselben Charakter wie in dem ersten Fall eingeleitet; genau wie im ersten Fall waren die Erytheme am linken Handrücken



und an verschiedenen Stellen des Armes lokalisiert und gingen bei völliger Zartheit und Oberflächlichkeit und auffallender Konstanz mit wechselnden Schwellungen des Handrückens und des ganzen Armes einher. Im Frühjahr 1918 trat im Sulcus bicipitalis internus eine strangförmige Verdickung auf, die excidiert, sich als der verdickte, entzündlich veränderte Lymphstrang erwies. Man konnte der Entzündung keinen ausgesprochen spezifisch tuberkulösen Charakter zusprechen. Weiterhin kam es bei Behandlung des Armes mit Dunsteinpackungen und Behandlung mit Höhensonne, die schließlich, bis zu einer Stunde täglich ausgedehnt wurden, zu Schwellungen der axillaren, der supraklavikularen und der Halslymphdrüsen linkerseits, entsprechend der erkrankten Extremität. Die Drüsenschwellung machte ganz den Eindruck von Lymphomata colli. Auf fortgesetzte systematische Bestrahlung mit Höhensonne bildeten sich mit langsamem, aber stetigem Rückgang der Erytheme auch die Lymphdrüsenschwellungen bis auf geringfügige Reste zurück und besteht jetzt als objetkives Symptom eine zeitweilig stärker werdende Schwellung des linken Armes und Schmerzen von ziehendem Charakter in demselben und in der linken Brustseite. Erwähnenswert ist, daß ein Kind der Patientin an Spitzenkatarrh erkrankte.

Ich erlaubte mir mit der gegebenen Schilderung das eigentümliche Krankheitsbild festzuhalten, das ich nach Klinik, den Reaktions- und histologischen Befunden und den begleitenden Umständen nur in die Tuberkulide einreihen kann.

Oppenheim, M.: Je mehr uns die ausgezeichneten Referate Kyrles, Volks, Ehrmanns und zum Teil auch Krens über diese Fragen und die Diskussion hierüber Veranlassung geben, uns in den Gegenstand zu vertiefen, um so mehr müssen wir uns darüber wundern, daß es so viel Zeit braucht, um die durch den Tuberkelbacillus veranlaßten Hauteruptionen als solche zu erkennen und daß die Gruppe der Tuberkulide eigentlich noch immer existiert, ja noch ziemlich umfangreich ist. Die Polymorphie der durch den Tuberkelbacillus hervorgerufenen Erscheinungen ist gewiß keine größere als die durch die Spirochaeta pallida verursachte; im Gegenteil, die Vielgestaltigkeit der syphilitischen Erscheinungen ist ungleich größer und doch hat es nicht sehr lange gedauert, um alles, was die Spirochaeta pallida auf der Haut verursacht als Syphilis der Haut zu erkennen und zu benennen. Der Grund hierfür ist meiner Meinung nach darin zu suchen, daß wir bei den syphilitischen Krankheitsformen der Haut sicheren therapeutischen Erfolg durch ein und dieselbe spezifische Behandlung erzielen können, während wir bei den Tuberkuliden und Lupoiden die verschiedensten Behandlungsmethoden anwenden müssen, ohne mit Sicherheit auf einen Erfolg rechnen zu können. Es dauert deshalb so lange, weil wir bei den Tuberkuliden nur auf die histologischen, bakteriologischen, biologischen Ergebnisse, auf Impfexperimente und Hautreaktionen usw. und auf die klinischen Erscheinungen angewiesen sind. Trotzdem wird der Kreis der Tuberkulide immer kleiner und es ist gewiß der Tag nicht mehr ferne, an dem wir nur mehr von Tuberkulose der Haut sprechen werden, wie wir es jetzt mit der Syphilis halten.

Der Fall, den Kyrle eben so ausführlich zitiert hat und bei dem er auch meine Fälle von Lupoiden der Haut im Anschlusse an Injektionen von Medikamenten erwähnt hat, gibt mir Gelegenheit über den Verlauf zweier dieser Fälle kurz zu berichten. Der eine Fall ähnelt in seinem Verlaufe, dem von Kyrle beobachteten. Es ist jener, bei dem im Anschlusse an Salicylquecksilberinjektionen in die Glutacalmuskulatur Lupoide aufgetreten waren. Die Patientin erhielt die Injektionen an die typischen Stellen und hatte danach Rötung, Schmerzen, konnte nicht sitzen, und zeigte Infiltration. Einige Jahre nach den Injektionen bot sie das Bild, wie ich es hier und in der Gesellschaft der Ärzte demonstriert und publiziert habe; nach 3 Jahren kam sie wieder und alles war verschwunden, nicht einmal tiefe Knoten waren tastbar. Bei einer neuerlichen Injektionskur, die sie machte, kein Knirschen der Nadel, keine

Narben, also spurloser Rückgang der Knoten. Die zweite Patientin, die Morphinistin, bei der Kyrle auf Grund der histologischen Untersuchung, ohne die Patientin zu kennen, die Diagnose Lupoid machte, die Paltauf bestätigte, ist, wie ich höre, vor kurzer Zeit an Tuberkulose gestorben, und die dritte Patientin, die die Lupoide der Oberarme nach Arsen-Eiseninjektionen bekommen hatte, litt ebenfalls an Tuberkulose. Vielleicht wirft dieses Zusammentreffen ein gewisses Licht auf die Ätiologie der Lupoidtumoren nach medikamentösen Injektionen.

Mucha weist auf den von ihm mitgeteilten Fall von Boeckschem Sarkoid hin, in dem eine ausgebreitete Myositis der unteren Extremitäten vorhanden war, die histologisch ein der Hautveränderung analoges Bild aufwies und in dem ebenfalls weitgehende spontane Involutionserscheinungen beobachtet werden konnten.

Verhandlungsberichte.

Berliner dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 9. Dezember 1919.

Vorsitzender: Rosenthal. Schriftführer: Ledermann.

Buschke demonstriert einen Patienten mit einem ausgedehnten, an Rumpf und Extremitäten lokalisierten teleangiektatischen Nävus, der mit einem ebenso ausgedehnten und lokalisierten Naevus anaemicus kombiniert ist. Im Anschluß daran erörtert B. die Entstehungsweise dieser Naevi. Er kommt zu dem Schlusse, daß es sich bei dem Naevus anaemicus nicht um einen physiologischen Nävus, sondern um eine anatomische angeborene Anomalie handelt; und zwar um eine angeborene Mißbildung im Gebiet des vasomotorischen Nervensystems. Bei dem Naevus anaemicus besteht ein Fehlen bzw. eine Hypoplasie der Vasodilatation, bei dem Naevus teleangiectaticus der Vasokonstriktion.

Buschke demonstriert einen Mann, welcher wegen frischer Lues mit Silbersalvarsan behandelt eine ausgebreitete Dermatitis bekommen hatte. Das Bemerkenswerteste an dem Falle war, daß nach Abklingen der Dermatitis sich in dem übrigen klinisch normalen Hautgebiete neben dunkelbraunen Pigmentierungen zahlreiche Pigmentatrophien entwickelten in Form scharf begrenzter hellweißer Flecken.

Aussprache: Pinkus: Die weißen Flecke in der braunen Haut erinnern an die weißen, anscheinend atrophischen Flecke, die auch von anderen Erythrodermien bekannt sind. Bei der Salvarsanerythrodermie sind sie noch nicht beschrieben worden.

O. Rosenthal: Die fleckenartigen Pigmentationen dürften eher auf Resten einer früheren Dermatose beruhen.

Pinkus: Nein.



Buschke demonstriert einen seit 7 Wochen an einer Trichophytieinfektion erkrankten Mann, klinisch der Lokalisation des Ekcema marginatum analog. Die Untersuchung einzelner Haare ergab das Vorhandensein von Trichophytus ecthotrix microides.

Buschke demonstriert die Lunge eines an ulcerösen und tübero-serpiginösen Syphiliden leidenden, fast moribund aufgenommenen Patienten, welche die Zeichen einer gummösen Lungensyphilis aufwies.

Bruhns: 1. Fall von Chloracne infolge gewerblicher Schädigung bei der Verarbeitung von „Perna", einem Gemisch von chlorierten Kohlenwasserstoffen.

2. Typus vasculosus des Lupus erythematodes.

3. Fall von Zungengummi.

Arndt: Demonstration eines Falles von Brookeschem Epitheliom (Epithelioma adenoides cysticum) mit histologischen Präparaten.

Löhe: Syphilitische Affektion der Mundhöhle. Es handelt sich um einen Primäraffekt an einer Alveole nach Zahnextraktion bei einem Knaben.

Aussprache: Arndt rät zu äußerster Vorsicht in der forensischen Beurteilung dieses Falles.

Buschke: Es kann nicht ganz von der Hand gewiesen werden, daß der Zahnarzt die syphilitische Infektion veranlaßt hat.

O. Rosenthal mahnt zu äußerter Vorsicht bei Ausstellung von Attesten, besonders in Fällen, in denen eine andere Art der Infektion nicht absolut auszuschließen ist.

Ledermann berichtet über einen Fall von Sklerose des Zahnfleisches, in welchem grade der Zahnarzt vor Beginn der beabsichtigten zahnärztlichen Behandlung die Diagnose auf primäre Lues gestellt hatte.

Julius Heller weist darauf hin, daß Infektionen sich oft auf andere Weise aufklären und erzählt einen Fall von Augenblenorrhöe bei einem Knaben, welcher einen benutzten Condom gefunden und aufgeblasen hatte.

Buschke möchte keinesfalls den Zahnarzt ohne weiteres anschuldigen.

Gottron: Fall I: Xeroderma pigmentosum.

Fall II: Epidermolysis bullosa hereditaria und gleichzeitig Arsenhyperkeratose der Hand- und Fußflächen. Die Arsenhyperkeratose war augenscheinlich eine Folge der Arsenbehandlung der Epidermolysis.

Aussprache: Buschke hat auch Fälle von Epidermolysis beobachtet, die nicht angeboren waren.

Back: Eccema cannelatum. Die Bezeichnung ist insofern nicht korrekt, als es sich nicht um eigentliche ekzemartige Entzündungen der Haut handelt, sondern mehr um Artefakte, bedingt durch starke Austrocknung einer an und für sich schon fettarmen Haut.

Ledermann stellt einen Lokomotivführer mit Melanose infolge der Beschäftigung mit Schmieröl vor. Immerwahr (Berlin).



Breslauer dermatologische Vereinigung.

Sitzung vom 15. April 1920.

Kranken-Vorstellungen.

Aus der dermatologischen Abteilung des Allerheiligen-Hospitals.

Liebrecht demonstriert einen Fall von Lupus pernio mit verrukösen Auflagerungen am Rande der Herde.

Das Leiden des 22jährigen Patienten begann im Jahre 1916 als „roter Fleck" an der rechten Wange. Dieser Herd wurde allmählich größer, ihm folgten später andere Herde an den verschiedenen Körperstellen nach.

Der Wangenherd ist ca. fünfmarkstückgroß, von bläulichroter Farbe und ziemlich derb infiltriert, die Begrenzung nicht scharf umschrieben. Der zentrale Teil ist eingesunken und zeigt neben narbiger Abheilung ausgesprochene Teleangiektasieen. Der periphere Teil überragt wallartig das Hautniveau und trägt in dichter Anordnung zahlreiche, etwa stecknadelkopfgroße, harte, verruköse Erhebungen.

Ein zweiter gleichartiger Herd findet sich am linken Ohr, das vom Ohrläppchenansatz bis etwa zur Mitte des Muschelrandes ergriffen ist. Ein dritter, ganz frischer Herd, bläulichrot, mit Teleangiektasieen, etwa bohnengroß, aber ohne die warzigen Erhebungen und nicht sonderlich infiltriert, am Rande der rechten Ohrmuschel.

Ein weiterer, bereits narbig abgeheilter Herd, etwa zehnpfennigstückgroß, besteht am Mittelglied des kleinen Fingers der rechten Hand. Schließlich finden sich noch ganz frische Efflorescenzen am Gesäß in Form von ziemlich derben, leicht erhabenen, wie Urticariaquaddeln aussehenden, etwa pfennigstückgroßen Papeln.

Erwähnenswert ist ferner der mehrfach beschriebene Befund an verschiedenen Grundphalangen der Finger des Patienten. Sie sind spindelförmig verdickt und aufgetrieben; der Knochen zeigt jedoch im Röntgenbilde keinerlei pathologische Veränderungen.

Indolente Drüsenschwellungen mäßigen Grades besonders in beiden Leistenbeugen und im Nacken nachweisbar.

Die Lungen zeigen röntgenologisch beiderseits verbreiterten Hilusschatten und eine Marmorierung der Lungenfelder, besonders links. Perkutorisch und auscultatorisch normales Verhalten.

Im übrigen ist der Befund an den inneren Organen o. B., das Blubild zeigt kein pathologisches Verhalten; die Milz ist von normaler Größe.

Wassermann: Negativ.

Tuberkulinproben (Pirquet, Moro und Intradermo, wiederholt und in steigender Konzentration angestellt, letztere bis zu 1 : 1000): Sämtlich negativ.



Die histologische Untersuchung verschiedener Herde ergab den bei Lupus pernio bzw. Boeckschem Sarkoid bekannten Befund.

Die Therapie bestand in intramuskulären As-Injektionen, wonach die Herde merklich blasser und flacher geworden, zum Teil wie am Gesäß völlig verschwunden sind. Infolge der konsekutiven Leukopenie mußte jedoch jetzt die As-Therapie unterbrochen werden.

Braendle: Ein Fall von papulösen Tuberkuliden an beiden Unterschenkeln. Anamnestisch ist zu erwähnen, daß die Mutter der Patientin an Schwindsucht gestorben ist. Neben den papulösen Efflorescenzen der Cutis sind subcutane, strangförmige Infiltrate zu fühlen. Es handelt sich also um einen Grenzfall zu Erythema indur. Bazin.

Neugebauer: Sehr ausgedehntes papulo-nekrotisches Tuberkulid. Beachtenswert ist zunächst die Anordnung des Exanthems; am stärksten befallen sind — und zwar symmetrisch — die Streckseiten der Arme, die Schultern und die Schulterblattgegenden, dann folgt Glutäalgegend und Gesicht; an Rumpf und Oberschenkeln befinden sich nur vereinzelte Efflorescenzen. Als Reste der abgeheilten Einzelerscheinungen sind linsen- bis pfennigstückgroße, teils flache, teils eingesunkene Narben zu sehen, die ältesten schon weiß, die frischeren braun und braunviolett verfärbt, als Übergang solche mit beginnender Depigmentierung im Zentrum; dadurch entsteht ein scheckiges, getüpfeltes Aussehen des Patienten. Die floriden Erscheinungen sind stecknadelkopf- bis haselnußgroße, hellrot bis rotbläulich gefärbte, zum Teil halbkugelig vorgewölbte, runde, derbe, in der Cutis sitzende Knötchen; diejenigen Knötchen, die sich eben eröffnet haben, entleeren ein dünnflüssiges Serum, die älteren, schon längere Zeit eröffneten, sind von einer Borke bedeckt; nach Abheben derselben zeigt sich ein kraterförmiges Ulcus oder schon eine braunviolette Narbe, je nach dem Alter der Affektion.

Pirquet- und Intradermoreaktion (1 : 5000) stark positiv.

Der 50jährige Patient gibt an, daß die Hautkrankheit seit ungefähr 5 Jahren besteht, schubweise auftritt, besonders im Frühjahr, und daß er sich dabei nie krank gefühlt hat.

Es liegt außerdem ein leichtes tuberkulöses Lungenleiden vor; die Untersuchung ergab: Über beiden Spitzen verschärftes und verlängertes Inspirium, auf der Höhe des Inspiriums vereinzelt Knacken; dem entspricht auch der röntgenologische Befund.

Feichtmayer: Torpide Ulcera cruris bei einem 16jährigen Mädchen ohne nachweisbare Ursache.

Die ersten Anfänge der Ulcera reichen in das Jahr 1918 zurück, in welchem Patientin sich ihr Leiden durch Verletzungen mit Stoppeln auf dem Felde zugezogen haben will.



Von August 1918 an wurde sie mit Salben, Röntgen, Quarzlicht und Druckverbänden behandelt und konnte November 1919 völlig geheilt entlassen werden. Sie nahm ihre Arbeit wieder auf, bis sie ohne neue Ursache Ende Februar 1920 ein Rezidiv bekam.

Bei ihrer Aufnahme zeigten sich an beiden Unterschenkeln mehrere Ulcera mit schwammigen Granulationen und schmierigem Belag und blassen Rändern. Lokalisation: Beide Unterschenkel, unteres Drittel. Äußere Knöchelgegend, verschiedene Ulcera von etwa Pfennigstück- bis ca. Handtellergröße. Wa. negativ. Von den angestellten A.-T.-Reaktionen war die intradermale (1 : 5000) positiv. Unter feuchten Umschlägen und Salbenverbänden verkleinerten sich die Ulcera zusehends und zeigten frisches Aussehen.

Mikroskopisch wurde uncharakteristisches Granulationsgewebe festgestellt.

Rose: Vorstellung eines Falles von Kopfekzem, hervorgerufen durch Hutschweißleder.

Patient erkrankte vor 4 Wochen an einem Ekzem, welches sich reifenförmig um die Stirn und den behaarten Kopf zog. Nach Angabe des Patienten ist die Erkrankung durch das Schweißleder eines neuen Hutes hervorgerufen. Tatsächlich entspricht der Sitz des Ekzems (Dermatitis arteficialis) genau der Stelle, wo das Schweißleder der Kopfhaut anliegt.

Drescher stellt einen Fall von Lymphosarkomatosis cutis vor.

Die Patientin wurde uns Anfang August v. J. mit der Diagnose Lues überwiesen. Sie machte damals, namentlich durch die erhebliche Dyspnöe, unter der sie litt, einen recht kranken Eindruck.

Für Lues sprachen 1. Eine auf der laryngologischen Abteilung festgestellte Recurrensparese, die mit völliger Aphonie der Kranken einherging; 2. eine im Röntgenbild festgestellte und als luetisch bezeichnete Aortitis. Erhärtet wurde diese Diagnose durch den positiven Ausfall der WaR.

Die bei der Kranken bestehenden Hauterscheinungen, derentwegen wohl die Diagnose L. außerhalb hauptsächlich gestellt worden war, gehörten dagegen nicht zur Lues. Es wurde deshalb noch einmal den oben erwähnten L.-Symptomen auf den Grund gegangen, und es stellte sich dann heraus, daß die Recurrensparese durch subglottische Tumorwülste ausgelöst worden war. Der positive Wa. blieb bestehen, ebenso der Schatten im Röntgenbilde. Dieser ließ auch eine Anschwellung der Hilusdrüsen erkennen.

Die Hauterscheinungen, die auch durch eine bereits vorangegangene Hg-Salvarsankur sich nicht hatten beeinflussen lassen, bestanden in multiplen, in der Haut liegenden Tumoren, die in Form von zum Teil flachen, zum Teil stärker prominierenden, rötlich bis bläulich verfärbten, mit Teleangiektasien durchzogenen, ziemlich derben Knoten und Platten von Erbsen- bis Walnuß- und Klein-



apfelgröße sich zeigten und die an beiden Armen, den Schultern, dem Rücken, der Lendengegend, den Nates und auch im Gesicht unter dem rechten Auge (an der Stelle der jetzt noch bestehenden Verfärbung) und in dem weichen Gewebe unter den Augenbrauen lokalisiert waren.

Diese Geschwülste sahen einem Lupus pernio klinisch sehr ähnlich und wurden deshalb zunächst als solcher angesprochen.

Die Tuberkulinproben, A.-T. intradermal $^1/_{5000}$—$^1/_{1000}$, ebenso Pirquet und Moro ergaben ein negatives Resultat.

Das Blutbild war bis auf eine ganz geringe Lymphocytose stets normal.

Die Klärung der Diagnose brachte der histologische Befund eines am Arm excidierten Knotens. Er zeigte die Struktur des Lymphosarkoms. Es handelt sich also in unserem Falle um das verhältnismäßig seltene Krankheitsbild einer Lymphosarkomatosis cutis in der zuerst von Paltauf, später auch von Frieboes und Jadassohn beschriebenen Form.

Differentialdiagnostisch kamen außer Lupus pernio wohl nur noch leukämische Hauttumoren in Frage, die jedoch durch das bei unserer Patientin normale Blutbild ausgeschlossen werden konnten.

Das Leiden der Patientin zieht sich über viele Jahre, sicher über 7 Jahre hin, denn vor dieser Zeit wurde bereits, wie unsere Nachforschungen ergaben, wegen eines solchen Knotens eine Mammaamputation gemacht. Die Diagnose lautete damals Lymphosarkom, etwas Näheres darüber war nicht in Erfahrung zu bringen.

Die Therapie, die in Arsendarreichung und vor allem in Röntgentiefenbestrahlung bestand, hatte einen sehr befriedigenden Erfolg. Sie hatte ein völliges Schwinden der Tumoren und eine weitgehende Besserung der Aphonie herbeigeführt, so daß sich die Patientin heute recht wohl fühlt. Ihr körperlicher Zustand ist besser denn je.

Es ist vielleicht interessant, noch zu erwähnen, daß während der Behandlung ganz akut multiple Drüsenschwellungen am Hals auftraten, die ebenfalls auf Tiefenbestrahlung zurückgingen.

Gierlaczek stellt einen Fall von sogenannter „Sclérodermie en coup de sabre" vor. Die Patientin hatte eine etwa $1^1/_2$—2 cm breite sklerodermatische Veränderung auf der Stirn, die sich bandartig von der Haargrenze her nach der Nasenwurzel zog. Der Herd war mit dem Stirnbein fest verlötet, die Haut also unverschieblich. Der obere Teil der Affektion war narbig verdünnt, der untere nur etwas eingesunken. An der Übergangsstelle zur normalen Haut zeigte sich der lilafarbene Ring. Die sonstige Körperhaut ist frei.

Ich möchte erwähnen, daß die Patientin mit Thorium-X behandelt worden ist, und zwar wählten wir die intravenöse Applikation des Mittels. Wir machten im ganzen 10 Injektionen und gaben als Gesamtmenge ca. 5000 e. s. E. Das Blutbild blieb ziemlich kon-



stant, nur am Ende der Behandlung machte sich ein geringes Absinken der Erythrocyten- und Leukocytenzahl bemerkbar.

Der therapeutische Effekt war insofern zufriedenstellend, als zuerst ein Schwinden aller Symptome deutlich wurde. In letzter Zeit stellte sich jedoch wieder eine Verschlechterung im unteren Teile der Affektion ein, der obere blieb ziemlich gleichmäßig.

Ganz interessant war eine ausgesprochene kräftige Pigmentierung der erkrankten Stelle und ihrer nahen Umgebung nach den Thor.-X-Injektionen. Eine Pigmentierung anderer Teile war nicht zu bemerken.

Aus der dermatologischen Universitätsklinik.

Dora Fuchs stellt vor 1. Lichen ruber planus familiaris.

Bei Mutter und Tochter finden sich an den Unterschenkeln lokalisiert die typischen Efflorescenzen des Lichen ruber planus. Fälle von familiärem Auftreten des Lichen ruber planus sind aus der Literatur bekannt, unter anderem wurden solche von Jadassohn, Bettmann, Keyes, Hamacher, Ledermann usw. beschrieben. Wie in unserem Falle handelt es sich in weitaus den meisten als Lichen ruber familiaris beschriebenen Fällen um Blutsverwandte, nur ganz vereinzelt ist das Auftreten von Lichen ruber planus bei Eheleuten beschrieben.

2. Systematisierte Sclérodermie en plaques.

Es handelt sich um eine 37jährige Frau, die im Mai 1918 an ihrem jetzigen Hautleiden erkrankte. Aus der Anamnese ist hervorzuheben, daß Patientin im 11. Lebensjahre eine Kropfoperation durchmachte. Typische, teils stärker, teils weniger infiltrierte Hautveränderungen von bläulicher bis brauner Verfärbung finden sich auf der rechten Rückenseite von der 3. Rippe bogenförmig nach vorn bis zur Axillarlinie verlaufend, in der rechten Achselhöhle und auf der rechten Seite der Brust bis zur vorderen Medianlinie ebenfalls bogenförmig verlaufend. Auffallend bei dieser Patientin ist nur die Beschränkung der Erkrankung auf die rechte Körperhälfte und die systematische Anordnung der Krankheitsherde. Patientin wurde ohne Erfolg mit Adrenalin behandelt. Seit drei Wochen begannen wir mit Doramad-Salbenbehandlung, über deren Erfolg oder Nichterfolg sich noch nichts aussagen läßt.

3. Einen Fall von bandförmiger Sklerodermie.

Das achtjährige Mädchen kam im September 1919 in unsere Poliklinik. Nach Angabe der Mutter bestand die jetzige Hauterkrankung des Kindes seit $^1/_2$ Jahre. Die für Sklerodermie charakteristische Veränderung der Haut zieht sich etwa 1 Querfinger breit rechts von der vorderen Mittellinie beginnend bandförmig über die ganze linke Halsseite bis hinter das linke Ohr. Das Kind wird mit Doramad-Salbe behandelt. Während der Behandlung schritt der Krankheitsprozeß nicht weiter, im Gegenteil, wir konnten ein Geschmeidigerwerden der Haut konstatieren.



Biberstein stellt vor 1. Zwei Fälle von Darierscher Krankheit.

Fall 1 zeigt in besonders schöner Ausbildung die Verrucae planae ähnlichen Efflorescenzen an Handrücken, Füßen und in der Perigenitalregion. Im Hinblick darauf, daß Darier die Krankheit bei Menschen minderer Intelligenz auftreten sah, ist beachtenswert daß die Patientin an einer Depression leidet.

Fall 2: Dariersche Krankheit mit Systematisierung an der linken Rückenseite und am linken Oberschenkel.

2. Dermatitis herpetiformis, die zur Zeit der Menses jeweils aufgetreten ist oder sich verstärkt. Typische Empfindlichkeit gegen innerliche Darreichung von Jodkali; reaktionslos gegen Applikation von Jodkalivaseline.

3. Pityriasis rubra pilaris bei einem 11 jährigen Mädchen mit eigenartiger Nageldeformität an Händen und Füßen. Die glatten und sonst normalen Nagelplatten sind in ihrem distalen Drittel fast rechtwinklig volarwärts abgebogen. Entwicklung der Erkrankung aus einzelnen Plaques über den ganzen Körper erfolgte in 6 Wochen. Tuberkulinreaktionen bei fehlendem Organbefund stark positiv. Therapeutisch war Arsen und Röntgen wirkungslos. Zur Zeit Enthorungskur mit hochprozentiger Salicyl vaseline.

Frei: 1. Wiederholt und spät exacerbierende generalisierte exfoliative Dermatitis nach kombinierter Salvarsan-Quecksilberkur.

Die Erkrankung blieb etwa 3 Monate in ihrer universellen Ausbreitung bestehen, Exacerbationen traten nach 1, 2 und $2^{1}/_{2}$ Monaten auf. Ursache der Erkrankung wahrscheinlich Salvarsan (lange Krankheitsdauer, Melanodermie geringen Grades, negativer Ausfall von Quecksilber-Reizversuchen).

2. Tubero-ulcero-serpiginöse Hauttuberkulose, möglicherweise kombiniert mit Lues.

20 jähriges Mädchen mit Hautveränderungen an beiden Beinen, besonders am rechten Unterschenkel.

Die Diagnose „Hauttuberkulose" stützte sich auf das Hautbild, einen verdächtigen Drüsen- und Lungenbefund sowie auf den stark positiven Ausfall der Tuberkulinreaktionen. Sie wurde später durch Tierversuch bestätigt.

Antilupöse Behandlung hatte nur unzureichenden Erfolg.

Dadurch wurde die Aufmerksamkeit auf eine Verdickung des unteren Drittels des linken Unterschenkels gelenkt, die im Röntgenbild das typische Bild einer hyperostosierenden luetischen Periostitis bot: starke diffuse periostale Auflagerungen an der Diaphyse von Tibia und Fibula ohne nachweisbare Knochenveränderungen. Andere luetische Stigmata fehlten, Wassermannsche Reaktion negativ.



Unter antiluetischer Behandlung — zuerst Jodkalium, später kombinierte Salvarsan-Quecksilberkur — heilten die Hautveränderungen langsam bis auf geringe Überreste ab.

Allerdings wurde während der antisyphilitischen Kur die Röntgenbestrahlung fortgesetzt.

3. Symbiose von Spirochaeta pallida und Tuberkelbacillen in einer Cubitaldrüse.

40jähriger Mann (Fleischer) mit sekundärer, genital erworbener Lues und starken Drüsenschwellungen, besonders in der Ellenbeuge, ohne nachweisbare Tuberkulose der Haut und der inneren Organe.

Die Punktion einer — etwa pflaumengroßen — Cubitaldrüse lieferte $^1/_2$ ccm zähflüssigen Eiters, in dem durch Untersuchung im Dunkelfeld Spirochäten und durch den Tierversuch (Meerschweinchen) Tuberkelbacillen nachgewiesen wurden. Der Stamm hat sich später als kaninchenpathogen erwiesen, und zwar rief er am Kaninchen bei subcutaner Impfung mit Meerschweinchenmaterial außer tuberkulösen lokalen Veränderungen an der Impfstelle und den regionären Lymphdrüsen eine ausgedehnte Tuberkulose der Nieren, der retroperitonealen Lymphdrüsen und der Lunge hervor. Man kann ihn also dem Typus bovinus zurechnen.

Bacher demonstriert einen Fall von Lymphogranulomatose mit ausgedehnten, nach Abheilung eines pruriginösen Exanthems aufgetretenen Pigmentationen der Haut sowie der Mundschleimhaut.

Breitkopf zeigt einen 33jährigen Patienten mit Neurofibromatose, bei dem Naevi anaemici nachweisbar sind. 3 Naevi anaemici finden sich über dem Sternum dicht unterhalb des Jugulum, ungefähr in der Medianlinie, übereinander angeordnet, von Fingernagelgröße mit zackiger Begrenzung, außerdem zwei schwer erkennbare, erst nach Reiben der Haut deutlich hervortretende, ebenso große, eckige, am Rücken über der linken Scapula. Er berichtet über einen im Jahre 1918 an der Breslauer Hautklinik beobachteten Fall von Neurofibromatose, der ebenfalls einen Naevus anaemicus aufwies, der sich in Dreimarkstückgröße oberhalb der linken Mamilla bei einem 20jährigen Manne fand und der eine von Naegeli schon 1916 bei einem Fall beobachtete Besonderheit hatte, nämlich, daß in der Mitte des Naevus anaemicus ein im Entstehen begriffenes Neurofibrom festzustellen war.

Burchardi stellt vor: ein 23jähriges junges Mädchen, das seit frühester Kindheit an Lupus vulgaris des weichen Gaumens erkrankt ist. Eine erbliche Belastung, auch eine anderweitige Krankheitsursache, ist nicht festzustellen. Trotz fortgesetzter ärztlicher Behandlung mit Gurgelwässern und später mit Salben an der äußeren Haut hat die Erkrankung jetzt die gesamte Mundschleimhaut ergriffen, ist auf den Mundrand, das Unterkinn übergegangen, wo sie elephantiastische Veränderungen gesetzt hat, und seit $^1/_2$ Jahre findet



sich auch am rechten äußeren Oberschenkel ein mindestens handtellergroßer verruköser Lupusherd; außerdem besteht, besonders am Rücken, ein hyperkeratotischer Lichen scrophulosorum.

Bemerkenswert und für die Aufgaben der Lupusbekämpfung von Interesse ist an diesem Fall, daß er trotz fortgesetzter ärztlicher Behandlung aus kleinen Anfängen diese Formen annehmen konnte.

Urbach stellt vor: einen Mann mit papulo-nekrotischen Tuberkuliden an beiden Beinen. Zugleich besteht bei dem Fall an den unteren Extremitäten eine idiopathische Hautatrophie, welche vor 12 Jahren an den Füßen begann, in etwa 2 Jahren sich über beide Beine verbreitete und seither stationär blieb.

Max Jessner demonstriert:

1. Einen Mann mit beginnender Acrodermatitis atrophicans des linken Armes, die in der Ellenbogengegend mehrere etwa erbsengroße, gelblich-bräunliche, prominente und scharf abgesetzte Knoten aufweist. Histologisch: Sehr starkes, ziemlich scharf abgesetztes Infiltrat mit sehr zahlreichen Plasmazellen, Erweiterung und Vermehrung der Gefäße, fast völliger Schwund der elastischen Fasern. Keine Bindegewebsneubildung oder Einlagerung von Myom, wie in den bisher beschriebenen Fällen.

2. Eine 30jährige Frau mit einer seit Geburt bestehenden diffusen Hauterkrankung, die durch Atrophien, Depigmentationen, Hyperpigmentationen und Teleangiektasien charakterisiert ist. Während einzelne Bezirke in ihrer Buntscheckigkeit an Poikilodermie-Jacobi erinnern, spricht die vielfach wellenförmige, am Rücken den Haarströmen folgende Anordnung der Teleangiektasien mehr für einen generalisierten, systematisierten Naevus. Histologisch bieten Excisionen aus verschiedenen Körperstellen kein ganz einheitliches Bild. Zumeist findet sich Verschmälerung des Epithels, starkes, stellenweise aus sehr zahlreichen Plasmazellen bestehendes Infiltrat um die erweiterten Papillargefäße, Verminderung der elastischen Fasern des subpapillären Netzes, fleckweise Anhäufung und Fehlen von Pigment (der Fall wird von Ulrich Saalfeld genauer bearbeitet).

3. Einen Knaben mit Lichen trichophyticus bei ausgebreiteter flacher Trichophytie des Kopfes, Nachweis von Pilzen als Endothrixform in einem Lanugohaar eines aggregierten seborrhoiden Lichenherdes.

Martenstein stellt vor:

1. Einen 71jährigen Patienten mit einer eigenartigen Affektion der Haut des rechten Handrückens, die vielleicht den idiopathischen Hautatrophien zuzurechnen, aber keiner der bisher beschriebenen Krankheitsformen analog ist. Patient hat seit 1914 eine Rötung und Knotenbildung in der Haut des Handrückens bemerkt, die ohne erkennbare Ursache entstand. Vor 30—40 Jahren

hatte Patient Gonorrhöe und Lues. Wassermann ist negativ. Die frischeste Affektion besteht am Daumen; die dorsale Haut ist vom distalen Metatarsalköpfchen bis zum Nagelrand blaurot verfärbt; während die Abgrenzung gegen das Gesunde proximal scharf ist, besteht distal ein diffuser Übergang. Im erkrankten Bezirk zeigt die Epidermis keinerlei Veränderung, dagegen ist eine Infiltration von wechselnder Stärke deutlich zu konstatieren, die den rechten Daumen gegenüber dem linken als verdickt erscheinen läßt. Auf der rechten Mittelhand besteht eine ähnlich beschaffene, fünfmarkstückgroße Stelle, deren Abgrenzung ebenfalls nur stellenweise sich scharf vom Gesunden abhebt. Von Infiltration ist jedoch hier nichts zu konstatieren, wohl aber eine ganz leichte Atrophie. Der charakteristischste Herd befindet sich über dem Metacarpus V. Er ist von der Größe einer Mark, in der Form aber oval. Er ist vom Gesunden vollkommen scharf abgegrenzt; er zeigt die Atrophie deutlich ausgeprägt, so daß man den Beginn der normalen Haut als deutlich erhabenen Rand fühlen kann, wenn man mit dem Finger unter Druck vom Zentrum des Herdes nach außen streicht. Dabei zeigt sich, daß eine bräunliche Pigmentierung der Haut im Bereiche des Herdes erkennbar ist. Auf Druck besteht an allen Herden eine leichte Schmerzhaftigkeit. Sensibilitätsprüfung o. B.

Pathologisch-anatomisch findet sich im Papillarkörper eine diffuse Infiltration von wechselnder Stärke und ein Schwund der elastischen Fasern in den infiltrierten Partien. Besonders auffallend sind die um einzelne Follikel bestehenden massigen, sehr scharf abgegrenzten und tief reichenden Infiltrate von verschiedener Größe. Die Infiltrate selbst setzen sich aus zahlreichen lymphocytären Elementen, mäßig reichlichen Zellen mit sehr großen blassen Kernen und Plasmazellen zusammen, dabei ist die letztgenannte Zellart in den oberflächlichen Schichten spärlicher, in den tieferen häufiger nachzuweisen. Bisher war jede Strahlenbehandlung (Röntgen- und Mesothorium-) erfolglos.

2. Eine 43jährige Patientin mit Boeckschem Sarkoid. Anamnese und Familienanamnese in bezug auf Lungentuberkulose o. B. Vor 3 Jahren trat ganz plötzlich das jetzt noch bestehende kleinknotige, disseminierte Sarkoid auf, das sowohl seiner Lokalisation, als auch dem klinischen Bilde der Efflorescenzen nach an ein papulo-nekrotisches Tuberkulid erinnert. Hals- und Inguinaldrüsen vergrößert. Lungenbefund: klinisch o. B., röntgenologisch kein deutlich positiver Befund. Tuberkulinreaktionen der Haut nach v. Pirquet und intracutan (1 : 1000) negativ. Histologisch weicht der Befund insofern von dem bei Sarkoiden gewöhnlich erhobenen ab, als an einem Infiltrat der Cutis eine zentrale Nekrose vorhanden ist, und im Schnitt einer exstirpierten Drüse sich Riesenzellen in nicht geringer Zahl finden, die oft gruppenförmig angeordnet sind.



Ziegler stellt vor:

1. Einen Lichen ruber atrophicans annularis. Die Affektion begann bei dem 58jährigen Patienten vor ca. einem Jahre mit roten Flecken zwischen den Fingern und auf der Beugeseite der Unterarme. Die Flecken juckten mäßig und breiteten sich allmählich weiter aus. — Zur Zeit findet man auf beiden Unterarmen bis kurz über die Ellenbogengelenke diffus verbreitet Flecke von bläulichroter Farbe, teils annulär, teils streifenförmig angeordnet, die deutlich Atrophie und zum Teil auch Hämorrhagien erkennen lassen. Die Diagnose ist durch die mikroskopische Untersuchung erhärtet.

2. Lues congenita tarda. Es handelt sich um ein jauchendes tubero-ulcero-serpiginöses Syphilid von großer Ausdehnung auf dem rechten Unterarm eines 21jährigen Patienten, der außerdem noch Knochennarben, periostitische Auftreibungen der rechten Tibia und ein Gumma des linken Glutaeus aufweist. Patient ist seit seinem 12. Lebensjahre „wegen Knochen- und Hauttuberkulose", zum Teil auch in Krankenhäusern, behandelt worden. — Andeutung von Hutchinsonschen Zähnen, WaR. positiv.

Siemens stellt einen Fall von ausgebreitetem Xanthoma tuberosum multiplex bei einem 20jährigen Arbeiter vor, dessen Familienanamnese o. B. ist. Das Leiden begann vor 2 Jahren an den Schultern; besonders befallen sind Gesicht (auch Lider, Conjunctiva, Lippen), Nacken, behaarter Kopf, Schultern, Oberarme, Rücken, Nates, Scrotum, Oberschenkel. Alle Efflorescenzen rel. klein und gerötet (hyperämisch und teleangiektatisch); der Fall erinnert deshalb sehr an Xanthoma diabeticorum. Kein Zucker, kein Ikterus, auch sonst kein Anhaltspunkt für Leberleiden. Bemerkenswerterweise auch keine Hypercholesterinämie: 160 mg Gesamtcholesterin (nach Authenriet - Funk) in 100 ccm Serum.

Perls hält ein eingehendes Refeart über Meldepflicht und Melderecht bei ansteckenden Geschlechtskrankheiten. Nach längerer Diskussion wird beschlossen, daß die Breslauer Dermatologische Vereinigung sich der Resolution der Berliner Dermatologischen Gesellschaft anschließt, nach welcher jede Meldepflicht abgelehnt und nur ein beschränktes Melderecht befürwortet wird.

Wiener dermatologische Gesellschaft.

(Offizielles Protokoll.)

Sitzung vom 6. Februar 1919.

Vorsitzender: Finger. Schriftführer: Planner.

Scherber:

1. Mitteilung zur Therapie der Scabies mit Kleczanyöl. Außer den in den Publikationen mitgeteilten Fällen wurden noch weitere 200 Erkrankungen an Scabies mit Kleczanyöl behandelt. Zu den von mancher Seite angegebenen Beobachtungen des Auftretens



von Rezidiven und Reizerscheinungen sei ausdrücklich hervorgehoben, daß der gute Erfolg nur von der Art der Durchführung der Therapie abhängt. Dreimaliges gründliches Bepinseln des Körpers, evtl. Eintauchen von Händen und Füßen in ein Ölbad, bedingen sicher die Abtötung der Milben und garantieren die Heilung der Erkrankung. Reizerscheinungen waren nie in stärkerem Maße zu sehen, wie man sie auch gelegentlich nach der Wilkinsonbehandlung sieht. Scherber verdankt seine guten Erfolge der Kontrolle der genauen Durchführung der Therapie. Das Kleczanyöl wurde auch im Karolinen-Kinderspital erprobt und stellt Herr Professor Knöpfelmacher Resultate zur Verfügung, welche folgende sind: „Im ganzen wurden 20 Kinder im Alter von 2—14 Jahren mit Kleczanyöl behandelt und rezidivfrei kuriert. Die Kinder wurden durch 2 bis 3 Tage täglich 2 bis 3mal mit einem Borstenpinsel angestrichen, Hände und Füße, wenn sie besonders stark affiziert waren, direkt in Erdöl gebadet. Von Reizerscheinungen, Dermatitiden oder Ekzemen sahen wir nichts. Die Nachbehandlung wurde in der gewohnten Weise mit Zinksalbe durchgeführt. Bei der Bekämpfung der Kopfläuse hat das Öl gute Dienste geleistet." — Diese Mitteilung bestätigt die Resultate Sch.s und ist beachtenswert, weil das Öl richtig angewandt, die zarte Haut der Kinder reizfrei und rezidivfrei kurierte.

2. Einen 30jährigen Mann mit Lupus vulgaris, auffallend durch Extensität und Intensität der Erscheinungen. Lupus papulosus auf der ganzen Brust, der linken Schulter und dem linken Arm und hochgradige Erscheinungen von Lupus verrucosus an der linken Hand. Vor einem Jahr günstige Beeinflussung des Prozesses zum Teil mit sichtbarer Vernarbung durch kombinierte Alttuberkulinkur mit Höhensonnenbestrahlung. Nach der Spitalentlassung geriet Patient in große Notlage, magerte hochgradig ab und daraufhin Wiederaufflammen des Lupusprozesses in der größeren Ausdehnung der ehemaligen Lokalisation.

3. Eine Frau, die interessante Erscheinungen an den unteren Extremitäten zeigt. In der unteren Hälfte beider Unterschenkel eine reichliche Aussaat kleinerer und größerer Infiltrate, die rötlichbraun bis braun gefärbt, eine lebhafte Marmorierung des ganzen Gebietes bedingen; diese Efflorescenzen sollen schon seit dem 16. Lebensjahre bestehen und zeitweise sollen knotenförmige Efflorescenzen — nach der Beschreibung Erythema induratum bazinähnlich — auftreten. Vor kurzer Zeit überstand Patientin eine schwere Grippe, und im Anschluß daran traten die weiteren jetzt bestehenden Symytome auf: kleinere überlinsengroße, aber auch bis über guldengroße flachere oder planteauartig vortretende, in der Haut gelegene, verschiebliche Infiltrate, von denen das eine von lupoiden Knötchen durchsetzt, ein anderes über dem rechten Knie einem Sarkoid Boeck klinisch sehr ähnlich ist. Diese Erscheinungen finden sich in der proximalen Hälfte beider Unterschenkel; längs der



Vena Daphena magna dextra tastet man zwei mächtige, getrennte phlebitisch-periphlebitische Infiltrate, von denen das obere schon auf die Haut übergreift und an der Innenfläche des linken Oberschenkels ein mächtiges, im Zentrum etwas eingesunkenes, braunrotes derbes Infiltrat. Der Oberkörper ist völlig frei, es besteht keine Drüsenschwellung. Auf den ersten Blick könnte man bei der Affektion vielleicht an Mycosis fungoides denken, man wird auch eine Leukämie in Betracht ziehen; ich komme aber nach dem klinischen Bilde, besonders bei Berücksichtigung des lupoiden Herdes, des Herdes über dem rechten Knie, der ganz einem Sarkoid Boeck entspricht, ferner in Betracht der Erscheinungen an den distalen Teilen der Unterschenkel und den Herden an den Venen zu dem Schluß, daß es sich hier um ein Tuberkulid von besonderer klinischer Prägung und Mannigfaltigkeit handelt und glaube, daß die weiteren Untersuchungen, die, da die Patientin erst vorgestern eintrat, noch nicht vorgenommen wurden, die klinische Diagnose bestätigen werden.

Nobl: Nach dem klinischen Aussehen wird man nicht fehl gehen, die Schenkeltumoren der Patientin als dem großknotigen Sarkoid Boeck zugehörig anzusprechen. Die von Gefäßerweiterungen durchsetzten plattenförmig eingezogenen peripheren Herde wieder machen ganz den Eindruck involvierter indurierter Granulome der Bazinschen Type. Die Zusammengehörigkeit all dieser Formen, ihre Kombinationsbilder und Übergänge habe ich jüngst erst in einer Zusammenstellung betont (Derm. Zeitschr. 1918), in welcher das klinisch-anatomisch erhärtete Zustandsbild von über 40 indurierten Erythemen und 5 Repräsentanten des großknotigen, diffusen und miliaren, benignen Lupoid-Boeck analysiert erscheint. Nach den bisherigen Anhaltspunkten histologischer, biologischer und experimenteller Beweisführung muß für einen Bruchteil der zugehörigen Ausbrüche die spezifisch tuberkulöse Natur angesprochen werden; wenn auch eine völlige Gleichstellung derselben mit den sonstigen Arten der Hauttuberkulose nicht vertreten werden kann.

Oppenheim: Ich kann mich den Ausführungen Nobls in der Auffassung der Geschwülste als Sarkoid anschließen und möchte die Aufmerksamkeit auf die Hautveränderungen des linken Beines lenken, wo plattenförmige, blaurote, eingezogene Infiltrate am unteren Drittel des Unterschenkels vorhanden sind. Diese Veränderungen entsprechen einem Erythema induratum Bazin, und es ist vom ätiologischen Standpunkte aus interessant, daß bei derselben Patientin gleichzeitig Erythema induratum und Lupoide auftreten.

Scherber: Die Kollegen stimmen meiner Ansicht über den Fall zu, und ich werde die klinische Diagnose durch den histologischen Befund bestätigen können.

Sachs demonstriert:

1. Einen 28 Jahre alten Mann mit dem Krankheitsbilde der idiopathischen Hautatrophie, welche auf der Streckfläche des rechten Oberschenkels lokalisiert ist. Die diffuse Pigmentierung besteht seit dem 10. Lebensjahr; diese Tatsache, sowie das jugendliche Alter des Patienten legen die Vermutung nahe, daß es sich um eine naevusartige Erkrankung handelt. Jedenfalls bietet dieser Fall eine Stütze für Oppenheims Ansicht, daß das prädisponierende Moment zur Dermatitis atrophicans in intrauterinen Einflüssen gelegen sein muß.



Oppenheim: Die Auffassung, daß es sich bei derartigen Hautatrophien um angeborene Zustände handelt, ist wohl die richtige, wie ich auch bereits in meinen Arbeiten über diesen Gegenstand zu beweisen versucht habe. Der erste, der die indiopathischen Hautatrophien als angeboren erklärt hat, war Heller, dann schlossen sich Weidenfeld und ich dieser Ansicht an, und ich bin jetzt eben beschäftigt, mein Material zur Stütze dieser Ansicht aufzuarbeiten. In meiner Publikation in der Wiener klinischen Wochenschrift „Zur Ätiologie der idiopathischen Hautatrophien" bin ich zu dem Schlusse gekommen, daß sie angeboren seien, und zwar auf Grund folgender Erwägungen: Die idiopathische Hautatrophie tritt hauptsächlich in jenen Partien auf, die in utero starken Dehnungen oder intrauterinem Druck ausgesetzt sind. Die histologischen Veränderungen des Naevus flammeus und der idiopathischen Hautatrophien sind ähnlich. Bei beiden sind die Blutgefäße erweitert, und die Elastica fehlt. Die elastischen Fasern selbst sind bei Erwachsenen sehr verschieden resistent, so z. B. gibt es Frauen, die nach Graviditäten nie Striae bekommen und solche, die nach der ersten Gravidität sehr stark ausgedehnte bekommen und noch andere Gründe mehr. In meinem Ambulatorium im Wilhelminenspital hatte ich Gelegenheit, zwei neugeborene Kinder zu beobachten, die ich photographiert habe, bei denen ein offener angeborener Cutisdefekt umgeben war von einem Naevus flammeus, d. h. unmittelbar in diesen überging. Der angeborene Cutisdefekt und das Hämangiom haben dieselbe Ätiologie: Uterusdruck. Der angeborene Cutisdefekt und die Atrophia cutis sind nur graduell verschieden.

2. Eine 42jährige Frau mit einem auf dem Nasenrücken gelegenen Epitheliom. Dieses ist mit warzenartig gewucherten, braunen bis braunschwarzen, nekrotischen Hornmassen bedeckt, nach Abhebung derselben tritt ein oval begrenzter Substanzverlust zutage, die Ränder sind mäßig derb mit warzigen Hornmassen bedeckt. Differentialdiagnostisch kommt Lupus vulgaris exulcerans und zerfallendes Gumma in Betracht.

Nobl demonstriert:

1. Drei Fälle des Keratoma hereditarium palmare et plantare. Die typischen Läsionen treten bei einer 40jährigen Frau und zweien ihrer Kinder (6jähriger Knabe, 8jähriges Mädchen) in die Erscheinung. Zwei ältere Kinder bieten normale Verhältnisse. Betont erscheint der Zustand durch Mitbefallensein der Fingerbeugen. Die gebräuchlichen erweichenden und mazerierenden Mittel, wie Salicylsalben, wasserdichte Verbände usw. haben nur bei dem Knaben partielle Abschälung erzielt. Wünschenswert wäre es, über Methoden zu hören, die Dauererfolge zu sichern vermögen.

Mucha erinnert an einen Fall von systematisierten hyperkeratotischen Naevus an Handtellern und Fußsohlen, der wiederholt vorgestellt wurde, bei dem durch wiederholte sehr intensive Vereisungen mit Kohlensäureschnee ein recht gutes Resultat erzielt wurde; auch intracutane Adrenalininjektionen führten an weniger stark hyperkeratotischen Stellen zur Rückbildung der Veränderungen.

Ehrmann demonstrierte vor ca. 4 Jahren drei Fälle, die mit Radium geheilt wurden.

2. Eine der selteneren Formen universeller Atrophie in der Erscheinungsfolge beginnender Tabes. In 20jähriger Entwicklung ist es bei dem 40 Jahre alten Patienten zu Rarefizierung, Transparenz und mäßiger Zerknitterung der Decke von den Fußrücken



bis zum Hals hinauf gekommen. An den Beinen die intensiveren Teilerscheinungen der Akrodermatitis atrophicans. Ähnliche Störungen an den Ulnarrändern und Ellbogen. Vor 10 Jahren Luesinfektion, seit 1 Jahr Pupillenträgheit, Ausfall der Patellarreflexe, Blasenstörungen. Von den vielfach geltendgemachten Ursachen der sogenannten idiopathischen Hautatrophie, deren einige heute wieder gestreift wurden, trifft für dieses Bild keine zu. Der Syphilis kann für die demonstrierte Art um so weniger ätiologische Bedeutung beigemessen werden, da die Infektion bei schon fortgeschrittenem Hautschwund stattfand.

Daher sind die vereinzelt eingestreuten anetodermischen Flecke auch nicht auf diese Ätiologie zurückzuführen.

Oppenheim: Bei dem Patienten sieht man zahlreiche circumscripte Atrophien. Der tastende Finger fühlt eine Lücke, und an einzelnen Stellen, wie an der Axilla hinten, finden wir jene hernienartigen oder säckchenartigen Vorstülpungen, wie ich sie als drittes Stadium der Atrophia maculosa beschrieben habe. Fälle, bei denen gleichzeitig idiopathische, diffuse und circumscripte Hautatrophien vorkommen, habe ich publiziert. Doch fasse ich in dem Falle, da der Patient Lues gehabt hat, die maculöse Atrophie als deuteropathische nach Lues auf. Sie beweisen nur wieder die angeborene Disposition zur Vernichtung der elastischen Fasern durch irgendeine die Haut treffende Schädlichkeit.

Ehrmann: Die Gefäßdilatation (Angioma, Teleangiektasie) mit nachfolgender Atrophie spricht nicht für die Annahme, daß die Acrodermatitis atrophicans (idiopathische Hautatrophie) ein Naevus sei. Dagegen spricht einerseits schon das entzündliche erste Stadium derselben, andererseits macht man häufig die Erfahrung, daß selbst ausgedehnte typische Angiome des Neugeborenen, die also intrauterin bestanden haben, nach der Geburt durch langsame narbige Atrophie teilweise, am Anus und dem Genitale auch völlig schwinden können. Es handelt sich also bei dem von Oppenheim angegebenen Falle nicht um eine idiopathische Hautatrophie, sondern um Gefäßnaevi, die extrauterin narbig atrophieren. Was die Veränderungen der Haut an den Gelenken betrifft, so macht Ehrmann aufmerksam, daß der vorgestellte Patient eine Charcotsche Arthropathia tabica der Kniegelenke hat, sowie daß die Hautatrophie darüber mit dieser zusammenhängen dürfte.

3. Multiple intra- und subcutane Granulome des Gesichtes der großknotigen Form, die nach Aussehen und Struktur am ehesten den indurierten Erythemen Bazins bzw. dem Typus Darier-Roussy an die Seite zu stellen wären, ohne jedoch die Merkmale dieser Tuberkulosevarianten in eindeutiger Klarheit aufzuweisen. Exzeptioneller Standort, nicht zu derbe Konsistenz, bräunliches Kolorit der oberflächlichen Gebilde, das Alter der Patientin (65jährige Frau) sind Abweichungen vom Bazinschen Granulom, und auch der nußgroße Subcutantumor der linken Wangentiefe stimmt nur zum Teil mit der Darier-Type überein. Über das anatomische Substrat berichtet Dr. Löwenfeld an eingesellten Schnitten.

Es handelt sich histologisch um ein von der Tiefe der Cutis ausgehendes Granulom. Dieses zeigt ziemlich diffuse Infiltration, nirgends deutliche Anordnung zu Knötchen; neben verschiedenen Formen von Leukocyten, spärlichen Epitheloidzellen ist der sehr reichliche Gehalt an Plasmazellen auffallend,



ganz vereinzelt finden sich auch Riesenzellen, nirgends ausgeprägte Verkäsungstendenz.

4. Eine 35jährige Kranke mit Pityriasis lichenoides chronica. Das von psoriasiformen Knötchen und pityriasis rosea-ähnlichen Flecken bestrittene Exanthem ist besonders an der unteren Stammhälfte und den Beinen in dichter Aussaat vertreten. Mattviolette und bräunliche Efflorescenzen fleckiger Natur steuern zur Luesähnlichkeit des Krankheitsbildes besonders bei. Auch in diesem Falle — wie so häufig, — wurde an einer Beratungsstelle Syphilis diagnostiziert und spezifisch behandelt. Der Ausbruch blieb völlig unbeeinflußt. Eine eingeleitete Arsenkur hat vorläufig auf den Prozeß nicht wesentlich rückbildend eingewirkt. Im übrigen gebietet die Wertung kurativer Erfolge um so eher Vorsicht, als Remissionen und temporärer restloser Schwund der Erscheinungen bei dem Leiden häufig genug beobachtet werden.

Kren berichtet über einen guten Erfolg der Behandlung der Pityriasis lichenoides mit Pilocarpin und Höhensonne nach der letzten Publikation aus der Hexheimerschen Klinik. Gewisse Vorsicht in der Beurteilung ist allerdings auch da geboten, weil Spontanheilung der Pityriasis lichenoides auch vorkommt.

Ehrmann erinnert daran, daß er auf dem letzten Kongreß der Deutschen dermatologischen Gesellschaft über die völlige Heilung von Pityriasis lichenoides chronica durch Kombination von Arseninjektionen mit Lichtbehandlung berichtete.

5. Einen Fall von figurierter Hyperkeratose der Unterschenkel. Namentlich an den Streckflächen (40jährige Frau) sieht man bis handtellergroße gyrierte, fingerbreite Leisten warziger, hartverhornter Efflorescenzen grauweißer Färbung. Der seit 20 Jahren bestehende Zustand geht mit heftigem Jucken einher. Das Bild ähnelt den seltenen Formen isolierter Schübe von Lichen ruber planus. Weidenfeld beschrieb seinerzeit als Keratosis verrucosa eine, dem Standort und den Erscheinungen nach gleiche Läsionsart.

Kren: Der vorgestellte Fall entspricht dem Bilde der Keratosis verrucosa, wie sie Weidenfeld beschrieben hat.

Oppenheim demonstriert:

Eine 30jährige Patientin mit einer differentialdiagnostisch ungemein schwierig zu beurteilenden Hautaffektion. Man sieht an der Haut der oberen Brustapertur, des Bauches, des Rückens, spärlicher an den unteren Extremitäten arabesken- und girlandenförmige, auch ringförmige, ungefähr 5—7 mm breite Bänder, die nur wenig über das Niveau der Haut emporragen, mit scharfen Grenzen, deren Radius nicht über 1 cm der Krümmungen beträgt. Manche dieser Bänder liegen ganz im Niveau der Haut. Die Farbe ist verschieden, am zahlreichsten sind die lebhaft rot gefärbten, dann gibt es auch gelbrote und auch dunkelrote und an manchen Stellen sieht man auch nur mehr graubraun pigmentierte Ringe. Die Oberfläche schuppt zum Teil kleienförmig oder staubförmig, zum Teil ist sie glatt, zum Teil parallel gefältelt. Die Infiltration ist bei den meisten



dieser Bänder sehr ausgesprochen. Der tastende Finger fühlt eine circumscripte Derbheit in der Haut, nirgends ein Bläschen oder eine Pustel, dagegen zeigen sich Kratzspuren. Gesicht und behaarter Kopf, die oberen Extremitäten, Flachhände und Fußsohlen, Mundschleimhaut, Haare und Nägel, die Inguinalgegend und Halsgegend sind vollständig frei. Es besteht heftigstes Jucken, das die Nachtruhe stört. Die Drüsen sind universell geringgradig geschwollen.

Die Affektion begann vor ungefähr 1 Jahr mit heftigem Jucken. Patientin suchte, da sie keine Linderung finden konnte, die Klinik Finger auf, wo sie als oberflächliche Hautaffektion (Trichophytie) ohne Erfolg behandelt wurde. Vor kurzem stand sie bei Prof. Ehrmann in Behandlung, auch ohne Erfolg. In differentialdiagnostischer Hinsicht kommen folgende Krankheiten in Betracht: Psoriasis vulgaris, Trichophytia superficialis, seborrhoisches Ekzem und praemycotisches Stadium der Mycosis fungoides.

Psoriasis vulgaris ist wohl auszuschließen; abgesehen von dem heftigen Jucken sprechen die Lokalisation, sowie die Derbheit der Infiltrate und die Art der Schuppung gegen Psoriasis vulgaris.

Gegen die Diagnose Trichophytie sind die Abwesenheit von Pilzen (ich habe viel daraufhin untersucht), die Infiltration, das Abheilen mit Pigmentierung, das heftige Jucken, die Erfolglosigkeit der Therapie anzuführen. Gegen das seborrhoische Ekzem die Lokalisation, das Freibleiben der hinteren und vorderen Schweißfurche, das Fehlen sonstiger seborrhoischer Symptome, die Infiltration und das heftige Jucken, so daß ich zu dem Schlusse komme, daß wir es hier höchstwahrscheinlich mit dem prämykotischen Stadium einer Mycosis fungoides zu tun haben. Der Blutbefund scheint auch dafür zu sprechen, indem wir eine geringe Vermehrung der mononuclearen weißen Blutzellen konstatieren konnten. Auch besteht Polyglobulie der roten Blutkörperchen (7 Millionen).

Nobl: Die mykotische Natur der circinären und kreisförmigen Morphen am Stamme der Patientin möchte auch ich für wahrscheinlich halten. Natürlich im Sinne einer oberflächlichen durch Pilze bedingten Eruption. Der negative Keimbefund widerspricht kaum dieser Auslegung. Die Annahme einer Mycosis fungoides oder ihre Widerlegung könnte, wie ich glaube, in diesem Falle durch die Biopsie entscheidend gestützt bzw. erhärtet werden. Man kann bei dieser schon ausgesprochenen infiltrativen Anordnung der scharf umgrenzten Herde nicht mehr von jenen vieldeutigen Veränderungen sprechen, die als prämycotische Erytheme, Dermatitiden und Ekzeme psoriasiformen Aussehens geläufig sind. Hier müßte das Gefüge der Plaques die schon typische Struktur der durch polymorphen Zellaufbau charakterisierten mycosiden Infiltrate ergeben. Solche Früherscheinungen wohlgekennzeichneter präfungöser Granulome habe ich des öftern zu untersuchen und in der Gesellschaft auch zu demonstrieren Gelegenheit gehabt, freilich nicht in einer bei dieser Patientin vertretenen Anordnung. Im übrigen erinnere ich mich einer ganz atypischen anulären und mikropapulösen Variante der Mycosis fungoides, die Hofrat Riehl etwa vor Jahresfrist vorstellte.

Ehrmann: Der Mangel jedweden Nässens, jeder Bläschenbildung, die nur scheinbare geringe Infiltration — es handelt sich größtenteils um fettige Schuppenauflagerung — , das Fehlen der charakteristischen ekzemähnlichen

Plaques, die lange Dauer, ohne daß Pat. irgendwie in ihrem Ernährungszustand gelitten hätte, lassen jede Möglichkeit der Diagnose „prämykotisches Stadium" ausschließen. Es handelt sich um die annulläre Form des Eczema seborrhoikum Unnas, das manchmal sehr hartnäckig ist, um so mehr, als das Verhalten der demonstrierten Pat. eine konsequente Therapie bisher unmöglich machte.

Schlußwort: Ich kann mich der Meinung Ehrmanns, daß es sich um ein seborrhoisches Ekzem handelt, nicht anschließen. Vor allem spricht dagegen das Fehlen seborrhoischer Symptome am behaarten Kopfe, in der vorderen und hinteren Schweißfurche, wie ich bereits hervorgehoben habe. Ferner sprechen dagegen die Erfolglosigkeit jeglicher Therapie (durch ein Jahr das heftige Jucken!) und die deutliche Infiltration. In den Lehrbüchern finden wir, daß wir verpflichtet sind, in allen Fällen schwerjuckender Hautkrankheiten, die ekzemähnlich oder psoriasisform auftreten und wo die Therapie erfolglos ist, an ein prämykotisches Stadium zu denken. Bläschenbildung und Nässen, wie Ehrmann meint, sind dabei nicht notwendig. Ich selbst habe hier und in der Gesellschaft der Ärzte wiederholt einen Fall vorgestellt, einen 12jährigen Burschen betreffend, der am rechten Oberschenkel eine ganz ähnlich aussehende lokalisierte Mycosis fungoides in Girlanden- und Arabeskenform hatte, bei dem kein Zweifel an der Diagnose bestand und bei dem die Affektion immer als trockene schuppende Bänder in die Erscheinung trat. Es handelt sich in dem Falle um ein Stadium, das sich der Infiltration bereits sehr nähert, wo das psoriasisforme oder ekzemähnliche prämykotische bereits im Begriffe ist, in das Stadium der Infiltration überzugehen. Eine histologische Untersuchung konnte ich nicht anstellen, weil die Patientin gestern erst zu mir gekommen ist.

Luithlen stellt 2 Fälle mit zahlreichen Sklerosen vor und weist darauf hin, daß das häufige Auftreten mehrerer Initialaffekte an einem Individuum mit der großen Verbreitung der Scabies zusammenhängt.

Perutz stellt aus der Abt. Prof. Ehrmann

1. eine Patientin mit Lupus vulgaris exulcerans nasi vor, die außerdem an den Streckseiten der Knie- und Ellbogengelenke typische papulo-nekrotische Tuberkulide zeigt; ebensolche außer an den erwähnten Stellen auch zu beiden Seiten und an der Beugeseite der Unterschenkel;

2. eine 38jährige Patientin, welche Sklerodermie des Gesichtes mit typischem, maskenartigen Gesichtsausdruck, sklerodermatische Veränderungen der abhängigen Halspartien mit deutlichem, braunem Pigmentsaum, sowie Sklerodaktylie an beiden Händen zeigt.

Arzt demonstriert aus der Klinik Riehl einen 60jährigen Patienten, bei dem der ganze vordere Anteil der Zunge in eine Geschwürfläche umgewandelt ist, wobei der Grund des ulcerösen Prozesses sich deutlich aus Knötchen aufbaut. Die mikroskopische Untersuchung (Projektion des histologischen Präparates) ergab ein für Tuberkulose typisches, aus Knötchen von Epitheloid- und Riesenzellen sich zusammensetzendes Gewebe, so daß die histologische Untersuchung die klinische Diagnose — ulceröse Tuberculose der Zunge — verifiziert.

Arzt demonstriert ferner 5 Patienten, welche die verschiedensten Formen von Trichophytia profunda barbae aufwiesen —



sämtliche mit positivem Pilzbefund — bei denen diagnostisch intracutane Injektionen mit Trichon-Schering ausgeführt worden waren, und die am Vorderarm deutliche Papelbildung zeigten. Kontrollfälle, darunter 3 Kinder mit Favus des Kopfes, waren negativ, nur 1 Fall von einseitiger Epididymitis zeigte bei Trichon-Injektion, die zweimal in längerem Zeitintervall vorgenommen worden war, ohne daß derzeit eine Pilzerkrankung bestünde, eine ausgesprochen positive Reaktion. Anamnestisch konnte bei dem Patienten nur erhoben werden, daß er als Kind an einer Erkrankung der behaarten Kopfhaut litt, deren Natur jedoch sich gegenwärtig nicht mehr feststellen ließ. (Gemeinsam mit Dr. Fuß.)

Kren weist vorerst auf das klinische Bild der jetzt vorkommenden Trichophytien hin und konstatiert eine Differenz der tiefgreifenden Krankheitsherde gegenüber dem Kerion Celsi und der Sycosis parasitaria. Die jetzigen, wie Jadassohn sie nennt — furunculoiden Formen — erinnern an jene Affektion, die Majocchi als Granuloma trichophyticum beschrieben hat. Majocchi beschreibt zwar auch etwas gegen die jetzige Bartflechte, in gewissem Sinne Differentes (seine Fälle sind meist dicht gestellte Knoten am Capillitium, die rosenkranzähnlich nebeneinander angeordnet, zentrale Erweichung und mitunter Durchbruch aufweisen), andere italienische Autoren beschreiben aber auch unserem jetzt beobachteten Krankheitsbilde Ähnliches als Majocchisches Granulom, und Majocchi selbst erhebt keinen Widerspruch dagegen.

Was die Therapie anlangt, so möchte Kren den spezifischen Injektionen einen gewissen Wert nicht absprechen, jedenfalls sie höher einschätzen, als die von Klingmüller angegebenen Terpentininjektionen.

Nobl: Vor mehreren Jahren bereits habe ich mit dem von Bloch (damals noch in Basel) mir gütigst überlassenen Trichophytin, allerdings in bescheidenem Umfang, diagnostische und Heilversuche ausgeführt. Mit Intracutaninjektionen verschieden konzentrierter und in wechselnder Menge einverleibter Vaccinquantitäten waren in allen zugehörigen Fällen von Megalo- und Mikrosporie, wie auch bei einzelnen Favuskranken erythematöse Stichreaktionen verschiedener Intensität und Ausbreitung auszulösen. Der kurative Effekt war in jener Versuchsreihe nicht besonders auffällig in die Erscheinung getreten. Zu begrüßen wäre es, wenn bei der gegenwärtigen Massenerscheinung von Trichophytien profunder Art im Bereiche des Gesichtes auch das Heilvermögen der käuflichen Trichon- und Trichophytin-Vaccinen methodisch verfolgt würde.

Sitzung vom 20. Februar 1919.

Vorsitzender: Finger, Volk. Schriftführer: Planner.

Pulay demonstriert aus der Abteilung Nobl einen Fall von Morb. Recklinghausen, welcher vor allem nach konstitutionell-pathogenetischer Richtung Beachtung verdient.

Es wurde von den meisten Autoren für das Einsetzen der Neurofibromatose eine abnorme Disposition verantwortlich gemacht.

Orzechowski und Novicki identifizieren die tuberöse Sklerose mit der Neurofibromatose Recklinghausen und sehen in beiden Prozessen eine auf congenitaler Entwicklungshemmung beruhende Systemerkrankung der Nervenepithelialzellen, die je nach der Lokalisation ihre Proliferation, nämlich im zentralen oder peripheren



Nervensystem das entsprechende Bild (die tuberöse Sklerose bzw. die Neurofibromatose) zeitigen.

Unser Patient ist 24 Jahre alt. Aus der Anamnese sind 2 Daten von Belang: Im 2. Lebensjahr Meningitis, im 6. Lebensjahr eine Diphtherie mit postdiphterischer Lähmung des rechten Beines und Sehstörungen; es bestanden Doppelbilder und Nebelsehen. Im Anschluß an die Diphtherie sollen sich allmählich im Laufe eines Jahres die nun sichtbaren Hauttumoren gebildet haben. Ein Befund, der herausgehoben zu werden verdient, da Recklinghausen die Neurofibromatose mit Infektionskrankheiten in Zusammenhang bringt, während P. Meyer direkt die Diphtherie als ursächliches Moment annimmt. Interessant ist weiter die Mitteilung, daß der Großvater väterlicherseits einen großen Solitärtumor am Rücken trug. Apert beschrieb die Neurofibromatose bei mehreren Mitgliedern einer Familie.

Bei der Untersuchung imponiert vor allem — der dermatolog. Befund braucht in diesem Kreise nicht erwähnt zu werden — der abnorme Habitus des Patienten: die Diskrepanz zwischen Schädel und Körperlänge, Exophthalmus, Unterentwicklung der Schilddrüse, Unbehaartsein des Thorax, ein steil gestelltes hypoplastisches Herz mit leisen systolischem Spitzengeräusch und gespaltenem Pulmonalton, Trommelschlägerfinger. Auch die Trommelschlägerfinger sind aus der abnormen Konstitution zu erklären. Julius Bauer nimmt für die Existenz der Trommelschlägerfinger eine konstitutionelle Schwäche der Neurotrophik an, für welche Annahme ihm die nahe Verwandtschaft der Trommelschlägerfinger zu P. Maries Osteoarthropathie hypertrophiante zu sprechen scheint.

Bemerkenswert ist nun weiter in unserem Falle der Befund einer vergrößerten Sella turcica mit verstärkten Impressiones. Unser Fall rangiert in den Typus Zwergwuchs, und wir erinnern uns an den seinerzeit von Sprinzels demonstrierten Fall, in welchem ebenso wie im Falle A. Paltaufs eine vergrößerte Sella turcica nachweisbar waren. Benda beschrieb in seinem Fall von Zwergwuchs ein Teratom der Hypophyse, Hutschinson ein Fibrom der Hypophyse. Prof. Nobl sprach in unserem Falle die Vermutung eines bestehenden Fibroms aus, eine Annahme, die im Hinblick auf die universell bestehende Neurofibromatose berechtigt erscheint. Klinisch wären noch 2 Momente für das Befallensein der Hypophyse zu werten:

1. Die bestehende Polyurie. (Patient muß stündlich, ja oft $^1/_4$stündlich urinieren), ein Symptom, das Biedl im Fall Sprinzels auf eine passogere Überfunktion der Parsintermedia bezogen wissen wollte.

2. Die abnorme Libido: Pat. hat ein Ekelgefühl vor den Frauen. Was wir vermissen, ist das Bestehen einer Dystrophia adiposogen. wie wir sie einer Hyperfunktion der Hypophyse entsprechend erwarten müßten.



Nun wissen wir, daß von Noorden die Dystrophia als thyreogen und nicht als hypophysär bedingt anspricht, sondern die Schilddrüsenstörung als sekundär von der Hypophysenstörung abhängig anspricht. Weiter interessant ist die nach Bewegung einsetzende Phosphaturie; Klemperer und Kleinschmidt sehen in der Phosphaturie eine Sekretionsneurose der Niere bei einer neuroarthritischen Konstitutionsanomalie. So reiht sich unser Fall den von Lier, Ehrmann, Perutz u. a. beschriebenen bzw. vorgestellten Fällen von Recklinghausen mit Hyphysenstörungen an.

Nobl: Die tuberose Hirnsklerose, welche Kollege Pulay als Teilerscheinung des Recklinghausenschen Krankheitsbildes geltend macht, ordnet sich auch nicht zu selten in eine zweite kongenitale oder früherworbene Bildungshemmung ein, die bis heute immer noch in der Literatur als Adenoma sebaceum Pringle ausgewiesen wird. Ich habe in der Gesellschaft der Ärzte und auch hier wiederholt Formen des Naevus Pringle demonstriert, für welche eine gleichzeitige herdförmige Hirngliose mehr als wahrscheinlich war. Idiotie, Epilepsie, Schwachsinn waren Begleitphänomene des Hautprozesses, die nur als Äußerungen zugehöriger Cerebralläsionen zu deuten waren. Bemerkenswert erscheint, daß überdies das sog. Adenoma sebaceum in auffallender Häufigkeit mit Abortivformen Recklinghausenscher Neurofibromatose vergesellschaftet ist. Auf diesen Zusammenhang habe ich zu wiederholten Malen hingewiesen, und auch Oppenheim hat solche Kombinationsformen hier demonstriert. Der Hinweis Pulays auf eine Reihe innerer Abweichungen von der Norm bei dem zwergwüchsigen Patienten lassen sich zum Teil sicherlich mit der Vorstellung interstitieller Gliomatose in Einklang bringen (Herz, Niere, Schädelbasis).

Oppenheim: Das Interessanteste bei dem Falle ist die Anordnung der Tumoren an der vorderen Thoraxfläche, worauf nicht hingewiesen wurde. Sie sind nämlich unter beiden Mamillen längs den Mamillarlinien angeordnet, so daß man den Eindruck der Polymastie erhält. Einer der Tumoren sieht fast ganz wie eine überzählige Mammilla aus. Dies Verhalten ist entwicklungsgeschichtlich sehr wichtig für die Auffassung des Morbus Recklinghausen.

Brandweiner demonstriert einen 30jährigen Mann mit makulösem Spätsyphilid. Patient zeigt 3 über handtellergroße Herde von annähernd kreisförmiger Begrenzung, die sich aus schmutzig blaßroten makulösen Efflorescenzen von Fingernagelgröße zusammensetzen. Die Differentialdiagnose konnte höchstens noch ein toxisches Erythem in den Kreis der Erwägung ziehen, doch läßt die Beobachtung der Affektion durch 9 Tage diese Annahme deshalb ausschließen, weil sich die Efflorescenzen während dieser Zeit in ihrer Konfiguration nicht geändert haben. Die Wassermann-Reaktion ist negativ; die Diagnose wird dadurch nicht berührt, weil Wa. R. bei derart geringfügiger, oberflächlicher Infiltration sehr leicht negativ ausfallen kann. Pat. hatte 1914 Lues und damals eine Kur durchgemacht.

Nobl demonstriert eine der selteneren Erscheinungsformen von makulöser Anetodermie-Jadassohn. Ein 24jähriges Mädchen zeigt über den Hüften, dem Abdomen und den Oberschenkeln zerstreut eingelagerte, kronenstückgroße und etwas kleinere, kreisrund begrenzte, scharf gegen die Umgebung abgesetzte, violett durch-



scheinende, sackartig einstülpbare, feingefältelte, extrem verdünnte Hautparzellen. Bemerkenswert erscheint, daß dem seit 2 Jahren verfolgten Zustand keinerlei Reizerscheinungen vorangingen, daß weder entzündliche Rötung noch Desquamation bestand. Von geläufigeren auslösenden Veränderungen, die für das Leiden verantwortlich gemacht zu werden pflegen, lassen sich bei der Kranken keine geltend machen. Der besonderen Hervorhebung bedarf, daß Lues nicht vorangegangen war und auch nach dem gegenwärtigen serologischen Verhalten eine Infektion auszuschließen ist. Zu erwähnen wäre noch, daß die verdünnten Hautsäckchen beim Darüberstreichen sich erektil erweisen und durch randständige Gefäßfüllung intensiver röten. Es entspricht das Krankheitsbild nach Anzeichen und Verlaufsweise restlos der idiopathischen Anetodermie. Daß diese Form gelegentlich auch mit der fortschreitenden diffusen Akrodermatitis atrophicans simultan in Erscheinung tritt, hat ein in letzter Sitzung von Nobl demonstrierter Fall erhärtet, bei dem die in mäßigen Grenzen gehaltene Hautrarefizierung von den Unterschenkeln bis zum Hals hinauf gediehen waren.

2. Ein ausgebreitetes, kindsfaustgroßes tuberkulöses Perianalgeschwür bei einem 41jährigen Mann. Die unterminierte Beschaffenheit des spärlich eitrig belegten, von exkavierten Randsegmenten umgebenen, in die Afterfalten hineinreichenden Substanzverlustes läßt schon nach den klinischen Anzeichen keinen Zweifel über die Natur der Läsion aufkommen. Erhärtet wird die spezifische Herkunft der Läsion durch den histologischen Befund, der tuberkulöse Struktur und Bacilleneinschluß ergibt. Patient leidet an fortgeschrittener Lungenphthise, alten pleuralen Schwarten. Es ist demnach mit Sicherheit anzunehmen, daß eine Autoinfektion vorliegt.

3. Einen fortgeschrittenen Fall von Akrodermatitis atrophicans mit der kombinierten Erscheinungsweise extrem atrophischer und sklerosierter Veränderungen. Handrücken, Vorderarme und Ellbogen zeigen das tiefviolette Kolorit extrem rarafizierter Integumentteile, die untere Rückenpartie, die Lenden und Gesäßgegend minder verdünnte, erythematöse, feinschilfernde Flächen, die Beine neben zerknitterten transparenten Deckenbezirken diffus und striemenförmig indurierte gelbliche Flächen an den Fußrücken, an der Streckflächenhälfte der Unterschenkel (untere Hälften). Die Veränderungen sind in vieljähriger Entwicklung bei dem 50jährigen Mann zur heutigen Ausbreitung gediehen.

Mucha demonstriert einen Fall von Erythema exsudativum multiforme von ungewöhnlicher Schwere der Erscheinungen; Gesicht und behaarter Kopf sind mit verkrusteten Efflorescenzen bedeckt, am Stamm fanden sich zahlreiche gleichfalls mit Borken und Krusten bedeckte Infiltrate, die im Augenblicke kaum von Veränderungen, wie sie bei einem papulonekrotischen Syphilide vorzukommen pflegen, zu unterscheiden sind, nur an beiden Unterschenkeln

finden sich zahlreiche frische und ältere ziegel- und lividrote typische Erythemknoten. (Wassermann-Reaktion negativ.)

Oppenheim demonstriert:

1. Einen Fall von Dermatitis herpetiformis Duhring. Bei oberflächlicher Betrachtung macht die Haut des Rückens den Eindruck des Zerkratztseins bei Pediculosis vestimentorum. Bei genauerem Zusehen erkennt man jedoch, daß große Flächen der Rückenhaut ganz frei sind, so beide Natesgegenden, ferner die Haut über den Schulterblättern. Diese freien Flächen sind bogenförmig abgegrenzt gegen die befallenen Partien, die aus polycyklisch konturierten Herden von roten Flecken, Papeln und stellenweise, wenn auch spärlich, auch von Bläschen gebildet werden. Zumeist sind diese Efflorescenzen durch blutige Krusten gekennzeichnet. Kleinere Herde zeigen die Anordnung der erythematösen Flecke und Papeln um ein pigmentiertes Zentrum, die größeren Herde lassen durch ihren bogenförmigen Kontur, der hauptsächlich durch kleine blutige Krusten gebildet wird, die Entstehung aus kleineren Herden durch peripheres Weiterschreiten erkennen. Die Affektion ist auch an den Streckseiten der Arme und am behaarten Kopf lokalisiert. Brust und Bauchhaut sind völlig frei. An vielen Stellen Narben und Pigmentationen. Die Erkrankung begann bei dem 18jährigen Burschen vor 1 Jahre mit heftigem Jucken; er wurde 2mal wegen Impetigo während dieser Zeit behandelt.

2. Einen 16jährigen Kellner mit Pigmentsyphilis. Der Rücken und der Hals des Kranken sind mit gleichmäßig verteilten dunkelgrauen und -braunen bis linsengroßen, scharf begrenzten Flecken bedeckt, die zum Teil den Spaltrichtungen der Haut folgen; an der Haut der Streckseite der Arme sind die Flecke spärlicher, die übrige Körperhaut völlig frei. Das Exanthem begann vor 4 Wochen bei gleichzeitigem Fieber mit roten, nicht wegdrückbaren Flecken, so daß der Verdacht eines Flecktyphus bei dem behandelnden Arzte entstand; das Fieber ließ nach, das Exanthem breitete sich aus und nahm bald den oben beschriebenen Charakter an. Da die Seroreaktion positiv war, ist die Diagnose Syphilis außer Zweifel, obwohl keinerlei Primäraffekt und keine Spur einer Drüsenschwellung besteht; auch die Schleimhäute sind frei. Am Halse sind die Pigmentflecke so angeordnet, wie sonst Leukodermaflecke. Es ist jedenfalls ein ganz eigentümlicher Fall.

3. Einen Laternenanzünder mit reichlichster Comedonenbildung und kleinsten weißen Hornstacheln an den Fingerrücken, den Handrücken und an den Streckseiten der Vorderarme. Die Comedonen sind hauptsächlich an der Streckseite der Finger, wo sämtliche Talgdrüsen schwarz punktiert erscheinen, die weißen, spitzen Hornkegel sitzen dichtest gedrängt auf der Haut des Handrückens und namentlich an den Vorderarmen. Sie verursachen dem berührenden Finger den Eindruck des Reibeisens und gleichen sehr

den Lichen ruber acuminatus-Efflorescenzen; doch fehlen hierbei Entzündungserscheinungen. Außerdem sieht man zahlreiche Follikulitiden mit zentralen Comedonen. Die Ursache dieser Hautveränderung liegt in der Beschäftigung des Demonstrierten; als Laternenanzünder hat er mit Schmieröl zu tun, und er reinigt öfters seine Hände mit Petroleum.

4. Einen Straßenkehrer mit charakteristischen Schwielenbildungen zwischen Daumen und Zeigefinger beiderseits. Die Schwiele der linken Hand, fast nußgroß, rund über einem Schleimbeutel gelagert, die der rechten Hand etwas kleiner und niedriger. Er führt den Besen hauptsächlich mit der rechten Hand am Ende des Besengriffes, die linke Hand umfaßt den Besenstiel etwas tiefer und bildet gewissermaßen ein Gelenk, in dem der Besenstiel artikuliert, daher die größere Schwiele an der Daumenwurzel.

Rusch demonstriert:

1. Einen Mann mit einer an Händen und Füßen lokalisierten, seit 3 Wochen bestehenden Arsendermatose unter dem Bilde eines dicht angeordneten anulären Erythems. Neigung desselben zu zentraler Blasenbildung, anderenorts zur Hyperkeratose. Der Kranke leidet an Malaria und wird seit 3 Monaten mit Arsen behandelt.

2. Eine Frau mit Pityriasis lichenoides chronica, seit 2 Jahren bestehend. Die psoriasiformen Knötchen treten in Schüben auf, involvieren sich nach längerem Bestand spontan, sind aber jeder Therapie unzugänglich.

3. Eine andere Frau zeigt den nämlichen Knötchenausschlag. Bemerkenswert sind zahlreiche Efflorescenzen an der Stirn-Haargrenze, nach Art einer Corona venera, an den inneren Schenkelflächen sitzen solche an der Peripherie zentraler, pigmentierter Abheilungsstellen, zeigen also Konfiguration und überdies frische, punktförmige Hämorrhagien. Sie zeigen daher größte Ähnlichkeit mit dem Aussehen gruppierter luetischer Papeln; die Verwechslung mit solchen ist um so naheliegender, als die Kranke tatsächlich an Lues leidet (Tabes incipiens, schwere Retina-Chorioidea- und Glaskörperveränderungen, positiver Wassermann).

Kyrle demonstriert einen 20jährigen, seit Jahren in Beobachtung stehenden Patienten, bei welchem, besonders an den Extremitäten und im Bereiche der Glutäalgegend, ausgedehnte Erythemflecke rezidivieren, und zwar spontan als auch auf Provokation verschiedener Art (Druck, Kälte), die an vielen Stellen Pigmentierung und Verdickung der Haut hinterlassen. Die seit der frühesten Jugend bestehende Erkrankung juckt nicht, sondern dort wo Erytheme aufgetreten sind, empfindet der Pat. Hitzegefühl. Es besteht ausgesprochener Dermographismus. Kyrle verweist den Fall in die Gruppe der Urticaria chronica cum pigmentatione (wohl etwas atypisch), eine Auffassung, die auch durch den histologischen Befund (Mastzellen im Infiltrat) gestützt erscheint. Interessant an



dem Falle ist die Tatsache, daß mehrere Verwandte des Pat. an derselben Dermatose leiden; so bieten 2 Brüder des Kranken denselben Zustand dar, und ein über 1 Jahr altes Kind eines der Brüder, das gleichfalls demonstriert wird. Das Kind ist nach Angabe der Mutter mit normaler Haut zur Welt gekommen, sehr bald nach der Geburt haben sich Erytheme, vielfach von großer Ausdehnung, hauptsächlich im Bereiche der Extremitäten gezeigt, die längere Zeit bestehen blieben, endlich schwanden und von neuen abgelöst wurden. Auch hier entwickelten sich an den Stellen, wo die Rezidive lokalisiert waren, allmählich Verdickungen und Pigmentierungen der Haut aus. Das Kind zeigt jetzt im Bereiche beider Glutaei und an mehreren Stellen der Oberschenkel unregelmäßig begrenzte, schmutzig braungefärbte Verdickungen der Haut mit kleienförmiger Abschuppung und deutlich vermehrter Lanugobehaarung. Die rezidivierenden Erytheme reichen vielfach immer wieder in die Pigmentflecke hinein. — Die demonstrierten Fälle liefern demnach einen Beitrag zur Frage des familiären Auftretens von Urticaria chronica cum pigmentatione.

Rusch kennt die von Kyrle demonstrierten Fälle und hat dieselben bereits im Jahre 1910 hierorts demonstriert, wie es übrigens Sachs und Riehl später gleichfalls taten. Er erinnert an seine damaligen Ausführungen (Wiener klin. Woch. 1910, S. 958) und betont, daß der Naevuscharakter dieser familiär-hereditären Hautaffektion für ihn zweifellos ist. Die histologische Untersuchung einer hyperkeratotischen Stelle zeigte damals bis auf Verdickungen der Hornschicht keine weiteren Veränderungen, sicherlich keine Mastzellenanhäufungen. Die interessanten Erythemflecke, die sich durch thermische Reize (plötzliche Abkühlung) künstlich hervorrufen ließen, nicht jedoch durch solche mechanischer oder chemischer Art, betrachtet er als funktionelle Störungen am Gefäßapparat angioneurotischen Ursprungs. Das kleine Kind stand im Sommer vorigen Jahres in Beobachtung seiner Abteilung, wurde damals von Popper hierorts vorgestellt und zeigte damals interessanterweise nur dieses angioneurotische Erythem, das angeboren war; die jetzt bestehenden Naevi an den Unterextremitäten und Vorderarmen entwickelten sich erst in den letzten Wochen.

Sachs: Den Vater des vorgestellten Kindes haben Rusch und ich in der dermatologischen Gesellschaft demonstriert. Er wurde von mir auch auf dem letzten Dermatologen-Kongreß vorgestellt. Bei diesem Patienten bestand ein schwimmhosenartiger Naevus, kombiniert mit Hypertrichosis und ichthyotischer Oberflächenbeschaffenheit. An den Vorderarmen waren in nahezu symmetrischer Anordnung breite, braune Streifen, welche zu Handrücken und -tellern zogen. Die Veränderungen an den Händen habe ich im Zusammenhange mit dem übrigen Krankheitsbilde als Naevus aufgefaßt und nicht als Dermatitis. Von den bei Temperaturwechsel auftretenden, hellroten bis bläulichroten Flecken und Streifen auf anscheinend normaler Haut im Naevusgebiet oder in unmittelbarer Nachbarschaft desselben wurde eine Stelle excidiert und histologisch untersucht und konnte ich keinerlei Veränderungen in zahlreichen Präparaten konstatieren, in einzelnen einen ganz oberflächlichen Naevus vasculosus. Diese bläulichroten Erythemflecke verschwinden nach mehrstündiger Dauer spurlos, sie verschwinden in wenigen Minuten nach Adrenalininjektion. Die Erythemflecke treten faßt ausschließlich bei Temperaturschwankungen auf und würde ich glauben, diese als angioneurotische Veränderungen aufzufassen, wie ich dies bereits auf dem letzten Dermatologen-Kongreß hervorgehoben habe.



Nobl: Die Heranziehung konstitutioneller Veranlagung zum Verständnis ähnlicher, eigentlich analogielos dastehender Fälle mit ständig rezidivierenden erythemato-urticariellen, von Pigmentation gefolgten Läsionen ist sicher berechtigt. Ich möchte nur auf einen exquisiten Hautprozeß hinweisen, über dessen näviforme Voraussetzung heute die Ansichten fast abgeschlossen sind: das ist die Urticaria pigmentosa und xanthelasmoidea. In quantitativer Schwankung ist beiden Formen die massenhafte Mastzelleinlagerung, die urticarielle Reizbarkeit in Gemeinschaft mit Pigmentstauung ein Wesenszeichen. Die Prozesse melden sich im frühesten Säuglingsalter, um unbeeinflußt bis weit über die Pubertät fort zu gedeihen. Jüngst noch sah ich ein 5 jähriges Mädchen mit bis handtellergroßen, polsterartig erhabenen Erythemflächen an Stamm und Extremitäten, die als Initialerscheinungen der Urticaria pigmentosa alten, bis in die Säuglingszeit zurückreichenden typischen Efflorescenzen sich hinzugesellten und nach Abklingen der Reizphase an Umfang gleichgroßen Pigmentationen wichen. Die saturierten Pigmentflecke blieben dann stationär. Man könnte also zwanglos die Urticaria pigmentosa als den stärkst betonten Ausdruck von konstitutionellen, das Gefäßsystem, die Vasomotoren und Pigmentbildung betreffenden Störungen ansehen, an die sich in mitigierter Äußerung Zustandsbilder gliedern, wie sie uns der von Kyrle vorgeführte familiäre Prozeß beleuchtet.

Riehl schließt sich den Anschauungen Kyrles bezüglich der Diagnose an, wenn er auch die Fälle nicht für vollständig identisch mit der Urticaria cum pigmentatione erklären kann. Der Mastzellenbefund, die Verlaufsart, das gehäufte Vorkommen in Familien dieser Krankheitsform sowie der ihr nahestehenden Urticaria pigmentosa und anderer beschriebener Formen sprechen für eine konstitutionelle Ursache. Ähnliches müssen wir z. B. für Prurigo voraussetzen und hätten demnach diese Krankheitsgruppen den angeborenen anatomischen Veränderungen (Mißbildungen, Naevi usw.) als funktionelle hereditäre Defekte an die Seite zu stellen.

Kyrle weist auf eine Beobachtung von Urticaria chronica (typischer histologischer Befund!) hin, bei welcher die Efflorescenzen vielerorts anetodermatische Stellen hinterlassen hatten. Diese eigenartige Atrophie der Haut kann demnach durch ätiologisch ganz differente Prozesse zustande kommen.

Riehl berichtet über eine Eingabe, die er zur Bekämpfung der tiefen Trichophytie, welche jetzt in epidemischer Form sich ausbreitet, an das Staatsamt für Volksgesundheit gerichtet hat. — Die bisherigen Verordnungen über Desinfektion der Raseure und ihrer Utensilien sind als ungenügende Maßnahmen zu bezeichnen. In der Eingabe wird verlangt, daß:

1. in den Rasierstuben keine Patienten mit einer Erkrankung der bebarteten Haut bedient werden dürfen,

2. daß Rasierstuben, in welchen Infektionen mit Trichophytie entstanden sind, behördlich gesperrt werden sollen und in ausreichender Weise zu desinfizieren sind (evtl. mit Vernichtung gewisser nicht sterilisierbarer Gegenstände);

3. daß in den verschiedenen Bezirken Rasierstuben für Kranke eingerichtet werden, welche unter strenger sanitätspolizeilicher Kontrolle zu halten sind und von gesunden Individuen nicht benützt werden dürfen.

Die Dermatologische Gesellschaft erklärt sich mit diesen Vorschlägen vollständig einverstanden.



Stein: Über die Trichophytin-Intradermoreaktion bei Favuskranken. (Erscheint ausführlich.) Ergebnisse: An gewöhnlichem Kopffavus (Achorion Schoenleinii) erkrankte Patienten gaben niemals eine nennenswerte Intradermoreaktion mit Trichophytin. Hingegen kamen an der Klinik Prof. Finger 3 Fälle von Favus corporis zur Beobachtung, die eine stark positive Intradermoreaktion mit Trichophytin zeigten. Zwei dieser Fälle waren durch Achorion Quinckeanum, einer durch Achorion gypseum hervorgerufen. Die positive Trichophytin-Intradermoreaktion der 3 genannten Fälle ist ein Beweis dafür, daß diese beiden Favusvarietäten (Ach. Quinckeanum und Ach. gypseum) der Gattung Trichophyten biologisch näherstehen als das gewöhnliche Ach. Schoenleinii.

Scherber verweist auf eine im Jahre 1911 demonstrierte Familie von Favus des Stammes; alle Mitglieder waren auf der Haut des Stammes infiziert. Die Kultur ergab das Achorion gypseum. Die Infektion ging von einer Katze aus, die typische Scutula zeigte. Wie damals hervorgehoben wurde, bewies diese Demonstration die Tierpathogenität des Achorion gypseum und wurde dann, wie bei anderen Fällen von Scherber, betont, daß gewisse Stämme den Stamm, die Haut mit Lanugohaaren bevorzugen und den behaarten Kopf nicht befallen.

Riehl bemerkt, daß er im Laufe von Jahren bei Übertragungsversuchen von Favus des Kopfes auf die unbehaarte Haut des Trägers oder anderer Individuen bei entsprechender Technik immer die Entwicklung der herpetischen Favusform mit nachträglicher Scutulabildung erzielen konnte. Da die Favuspilze des Kopffavus im einzelnen Falle wohl kaum einheitlicher Natur sind und bei den verschiedenen Fällen aus Galizien, Leipzig, Wien auch sicher nicht nur einer Art angehören, kann Riehl auch die spontane Entwicklung von Favus corporis nicht als ein Kriterium für eine Spezies der Favuspilze betrachten.

Stern: Sicherlich können sämtliche bekannte Favusvarietäten Körperfavus hervorrufen; danach scheint es mir wichtig, darauf hinzuweisen, daß ich bisher bei allen daraufhin untersuchten Favusfällen des behaarten Kopfes stets nur das Achorion Schoenleinii kultivieren konnte, während die oben besprochenen 3 Fälle von Favus corporis zweimal Achorion Quinckeanum und einmal Achorion gypseum als Erreger ergaben. Die letzgenannten tierpathogenen Favusstämme scheinen also immerhin eher an der übrigen Körperoberfläche als am behaarten Kopfe sich anzusiedeln.

Arzt demonstriert aus der Klinik Riehl:

1. 2 Favusfälle, welche beide mit Trichon (kon.) bei intracutaner Injektion ein negatives Impfresultat ergaben; dagegen reagierte der eine der Fälle in gleicher Weise mit Trichophytin Höchst (1 : 50) 0,1 inj. negativ, der andere aber positiv. Diese Differenz könnte im Sinne Blochs und Steins dadurch vielleicht erklärt werden, daß es sich um 2 verschiedene Arten von Favuserregern handelt. Im mit Trichophytin negativ reagierenden Fall wäre ein menschlicher Favuserreger (Achorion Schönleinii) evtl. in Betracht zu ziehen, während im zweiten, positiv reagierenden Fall ein tierischer Favus (Achoron Quinckeanum ?) als Erreger angesprochen werden könnte.

2. Einen Fall von Scrophuloderma und einen Fall von Lupus vulgaris des Gesichtes mit positiver lokaler Reaktion an der Ein-



stichstelle nach intracutaner Injektion von 0,1 Trichphytin Höchst (1 : 50). (Gemeinsam mit Fuss.)

Nobl: In der anregenden Meinungsäußerung über die Wirkungsweise kurativer Trichophytin- resp. Trichoneinverleibungen ist der Begriff von Stich-, Lokal-Herdreaktion von mehreren Herrn in nicht ganz klarer, ja geradezu gegenteiliger Auslegung herangezogen worden, ich glaube im Dienste der allgemeinen Verständigung keine überflüssige Bitte vorzubringen, wenn ich die Herren ersuche, in klarer Weise zu präzisieren, was sie unter den einzelnen dieser Phänomene verstanden wissen wollen. Wie ich wiederholt vernommen habe, ist Herd- und Lokalreaktion bald identifiziert, bald abweichend gedeutet worden. Unter Herdreaktion versteht man im allgemeinen die Summe der Erscheinungen, die nach Einverleibung der Vaccine im Bereiche der Krankheitsherde manifest werden. Als Lokalreaktionen die Veränderungen, die an der Injectionsstelle der Vaccine zur Geltung kommen. Die letzteren gliedern sich in Percutan-, Intradermo- und Subcutanreaktionen (Stichreaktionen).

Volk macht in Erweiterung einer Diskussionsbemerkung in der vorigen Sitzung nochmals auf die ausgezeichnete unterstützende Wirkung der Terpentininjektionen bei der Behandlung tiefer Trichophytien aufmerksam. Es soll nicht bezweifelt werden, daß durch die spezifische Behandlung mit Trichophytin allein auch vollständige Heilungen erzielt werden können, wie dies ja schon B. Bloch gezeigt hat. Da uns aber das Präparat derzeit fehlt, sind die Terpentininjektionen ein willkommener Ersatz. Die tumorartigen Erhebungen flachen nach wenigen Injektionen ab, das Infiltrat schwindet, so daß eine daneben gehende Schwefel- oder Wilkinson-Salbenbehandlung verhältnismäßig rasch zum Ziele führt. Üble Nebenwirkungen wurden nie gesehen, vor allem keine Nierenreizung; die Schmerzen sind, wenn die Einspritzung lege artis ausgeführt wird, meist vollständig fehlend oder sehr gering, nur ab und zu stärker, doch blieben die Patienten bisher immer arbeitsfähig. Auch bei Furunkulose, Epidydimitis läßt sich eine günstige Beeinflussung der Erkrankung nicht verkennen; dagegen konnte eine Wirkung beim Lupus erythematodes bisher nicht konstantiert werden. —

Kyrle bemerkt, daß mit der spezifischen Trichophytinbehandlung ganz vorzügliche Resultate zu erzielen sind. An der Klinik wurden im Verlaufe der letzten 2 Jahre eine große Zahl von Fällen damit zur Heilung gebracht. Die Terpentinbehandlung, wie sie von Klingmüller angegeben wurde, hält er für weniger suffizient; die Injektionen sind aber auch nicht immer ganz schmerzlos, bei 2 Pat. der Klinik mußte diese Therapie abgebrochen werden, da die Kranken wegen Schmerzen weitere Injektionen ablehnten.

Oppenheim: Wie ich schon einmal erwähnte, sind meine Resultate der Terpentinbehandlung nicht ermutigende. In meiner Militärabteilung habe ich mehrere Fälle von Sycosis simplex, parasitaria, Furunkulosis usw. mit Terpentineinspritzungen nach Vorschrift Klingmüllers behandelt; geheilt habe ich damit keinen Fall. Ich sah einen von Klingmüller selbst mit Terpentin „geheilten" Fall, der nach kurzre Zeit nach der Entlassung aus Klingmüllers Behandlung eine mächtige Rezidive seiner Sycosis parasitaria des Bartes aufwies.

3. Einen 40jährigen Patienten, dem wegen Herzschwäche mehrere Injektionen von Campheröl verabfolgt wurden und der in der oberen Brustgegend bis auf die Oberarme sich erstreckend, ein derbes, tief gelegenes Infiltrat aufwies. Bei der mikroskopischen Untersuchung einer excidierten Hautpartie fand sich im subcutanen Gewebe um Hohlräume herum, welche offenbar den Ablagerungsstellen der injizierten Flüssigkeit entsprechen, eine mächtige Riesen-



zellenbildung, daneben auch Entzündung, ganz das gleiche Bild, wie wir es nach Paraffininjektion bereits kennen. Der Prozeß dürfte auf die Verwendung eines durch die Kriegsverhältnisse bedingten, nicht einwandsfreien Öles zurückzuführen sein. (Projektion des Präparates.)

4. Einen Fall von papulopustulösem Syphilid mit Pigmentation und abgeheilten Narben, der Mitte Dezember 1918 zur Aufnahme kam und damals — die Patientin hatte durch längere Zeit Teersalbe verwendet — außerordentlich entzündlich gereizt war.

Die histologische Untersuchung einer Efflorescenz — der Wassermann war inzwischen komplett positiv geworden — zeigte außer einem herdförmig angeordneten entzündlichen Infiltrat stellenweise reichliche Riesenzellenbildung. (Projektion des Präparates.)

Strassberg stellt aus der Klinik Prof. Finger 6 ausschließlich spezifisch behandelte Trichophytiefälle vor. 5 Patienten waren mit Trichophytin Höchst behandelt worden, und zwar mit intracutanen Injektionen von je 0,2 ccm der Verdünnungen 1 : 20, 1 : 10 und 1 : 5 langsam ansteigend in 2tägigen Intervallen. Nach einer vorübergehenden Frühreaktion an der Einstichstelle kam es am nächsten Tage zu einer deutlichen Lokalreaktion (Rötung und Schwellung an der Injektionsstelle) und außerdem zu einer Herdreaktion (starkes Nässen der Krankheitsherde). Auch die therapeutische Wirkung war sehr günstig. 1 Patient war mit dem erst kürzlich in Verwendung genommenen Trichon Schering mit gutem Erfolge behandelt worden. Von diesem Mittel injiziert man 0,1—0,5 ccm in 2tägigen Intervallen subcutan. In der bisher erst kurzen Anwendungszeit wurden bei den Kontrollproben an Lupus vulgaris- und Gonorrhöekranken keine unspezifischen Reaktionen beobachtet. Es wird sich vielleicht empfehlen, mit Trichophytin und Trichon bei der Behandlung eines und desselben Falles abzuwechseln.

Kerl demonstriert aus der Klinik Riehl ein 13jähriges Mädchen, bei dem es im Anschluß an Masern, die es im Dezember 1917 überstanden hat, zu einer Aussaat von zahlreichen Lupusherden im Gesicht, an Stamm und Extremitäten gekommen ist. Einzelne Infiltrate sind exulceriert. Im histologischen Präparat sieht man die aus Epitheloid- und Riesenzellen bestehenden Infiltrate scharf ohne entzündliche Randzonen von dem benachbarten Gewebe abgetrennt.

Sitzung vom 6. März 1919.

Vorsitzender: Arzt. Schriftführer: Planner.

Sachs demonstriert die in der Sitzung vom 6. Februar d. J. mit der Diagnose Epithelioma nasi vorgestellte Patientin nochmals, da die nachher vorgenommene histologische Untersuchung ein Epitheliom ausschließen ließ. Der Nasenrücken ist von einer warzig papillomatösen Wucherung eingenommen, der Rand derselben fühlt



sich weich an und ist von bläulichroter Farbe und polyzyklischer Begrenzung. In der Umgebung dieses Herdes finden sich zwei einzelstehende, Hauthörnern ähnliche Gebilde, nach deren Abhebung man an der Basis der Krusten Zapfen sieht, welche in die stark erweiterten Follikelöffnungen passen. Die warzig papillomatösen Wucherungen des Nasenrückens sowie die einzelnstehenden Wucherungen zeigen eine anfangs graugelbe, später grauschwarze bis schwarze Verfärbung.

In der Gegend des rechten Jochbeinbogens sitzt eine mit demselben fest verwachsene, unregelmäßig begrenzte Narbe. Auf dem rechten Ohrläppchen sieht man ganz zarte, seichte, bläulichrote Narben von unregelmäßiger Konfiguration.

Differentialdiagnostisch kommt in Betracht Lupus vulgaris hypertrophicus und Lupus erythematoides papillomatosus. Die Narben auf dem rechten Ohrläppchen sehen am ehesten solchen nach Lupus erythematoides ähnlich. Die Narbe auf dem rechten Jochbeinbogen deutet auf einen abgelaufenen, tuberkulösen Prozeß hin.

Die histologische Untersuchung eines aus der Randpartie und Basis exzidierten Hautstückchens ergab keinerlei Anhaltspunkte für ein Epitheliom, aber auch nicht für Lupus vulgaris (Fehlen von Riesenzellen und epitheloiden Zellen). In den Schnitten findet sich außer einer mit mächtiger Auflagerung von Hornmassen und Hornpfröpfen einhergehenden Hyperkeratose eine beträchtliche Acanthose. Die Retezapfen proliferieren und senken sich tief in die Cutis ein. In der Cutis lagern sich um erweiterte und vermehrte Gefäße Herde von Zellen, welche sich vorwiegend aus Rund- und Plasmazellen zusammensetzen. Die elastischen Fasern sind verquollen, verbreitert, stark gekrümmt, ihre normale Anordnung im Papillarkörper ist verlorengegangen, sie sind qualitativ und quantitativ verändert. Das histologische Bild gestattet auf Grund dieses Befundes sowie per exclusionem die Diagnose Lupus erythematoides papillomatosus. Nach Jadassohns Ansicht können derartige warzige Oberflächenumwandlungen ebenso beim Lupus erythematoides wie bei der Tuberkulose und bei Lues vorkommen. Ferner gibt es bekanntlich Formen von Lupus erythematoides, die tiefer in das Gewebe eindringen.

Nobl demonstriert:

1. Eine 70jährige Frau mit senilatrophischer Haut und ausgebreiteten entzündlich schilfernden violettroten Läsionsherden. Auffällig erscheint mit der Xerose einhergehende dichteste Pigmenteinstreuung, die zwar schon seit frühester Jugend vermerkt, in letzter Zeit wesentlich zugenommen haben soll. Ephelidenartige Pigmentflecke dichtester Anordnung übersäen buchstäblich die ganze Decke. Ob diese gesteigerte Farbstoffbildung über den Rahmen konstitutioneller Anlage hinausreicht, läßt sich mit Sicherheit nicht entscheiden.



2 Eine Form scheinbar systematisierter Sklerodermie bei einer 32jährigen Frau. Herde verschiedener Stadien nehmen in handbreiter Anordnung hauptsächlich die Streckfläche der linken Unterextremität ein, allerorten durch breitausladende violette Höfe Progredienz zahlreicher Herde anzeigend. Zerstreut über dem Abdomen zugehörige rarefizierte, sehnigweiße und gelbbraun pigmentierte verhärtete Scheiben. Überdies in Gruppen gestellte stecknadelkopf- bis hirsekorngroße alabasterweiße Fleckchen vom Charakter der Weißfleckenkrankheit. Der Zustand geht bei der sonst gesunden Frau mit Schilddrüsenhypoplasie einher. Die auslösenden Bedingungen der die Haut und tieferen bindegewebigen Texturen einbeziehenden Verhärtung wird immer wieder mit Insuffizienz endokriner Drüsen, in erster Linie der Thyreoidea, in Zusammenhang gebracht, ohne daß hierfür stringente Beweise zu Gebote stünden. Ditisheim will ein Zusammentreffen von Sklerodermie und Morbus Basedowii in 47% der von ihm beobachteten Fälle verfolgt haben. Jadassohn möchte die Bedeutung des Basedow für das Zustandekommen der Sklerodermie nicht zu hoch veranschlagen. Trotz der großen Häufigkeit von Strumafällen in Basel sah er kein gehäuftes Vorkommen von Sclerodermie. Auch die organotherapeutischen Heilerfolge mit Schilddrüsenpräparaten sprechen nicht bekräftigtend für den gesteiften ursächlichen Zusammenhang (Strandberg). Nicht sicherer sind die Anhaltspunkte für die mitwirkende Rolle anderer endokriner Drüsen. So schloß Rasch (Derm. Kongr. 1916, Christiania) in einem Sklerodermiefall auf Hypophysenerkrankung, während bei der Autopsie die Zirbeldrüse vollkommen normal, hingegen eine Nebenniere vollständig zerstört befunden wurde.

Nicht klarer ist das Verhältnis des Leidens zur Tuberkulose. Es ist nicht angängig, aus der Simultanerscheinung scrophulo-tuberkulöser Veränderungen mit sklerosierenden Teilerscheinungen, die Sklerodermie als Äußerung der spezifischen Infektion anzusprechen. Gleich Ehrmann (Kongr. d. deutsch. derm. Ges. 1913) sahen Strandberg, Josephssohn u. a. sklerodermatische Veränderungen (Sklerodaktylie) mit Tuberkuliden, Lupus vulg., tuberkulösen Lymphomen und Lungentuberkulose einhergehen. Sie deuten die Hauterscheinungen als hämatogen entstandene bazilläre Läsionen und supponieren eine spezifische Erkrankung endokriner Drüsen als Voraussetzung der sklerotischen Herde.

4. Einen Fall von Angiokeratoma Mibelli. Es handelt sich um einen 11jährigen anämischen Knaben, der seit 3 Wintern an pernioähnlichen Erythemknoten der Hände leidet. Die in den Dorsalflächen am Übergang zu den Interdigitalfalten lokalisierte Veränderung der Zehen besteht seit 2 Jahren. Hier stehen in Leisten angeordnete hornige Excrescenzen, die an den Haftflächen von angiomähnlichen Gefäßräumen unterschichtet erscheinen und über-



dies im cutanen Anteil von schwärzlich vortretenden Gefäßschlingen durchzogen sind. Die Zugehörigkeit der mit Hyperkeratose einhergehenden Akroangieme zum Formenkreis der Tuberkulose hat vielfach Vertretung gefunden. Einwandfreie Beweise der spezifischen Natur des Prozesses sind bisher nicht erbracht worden. Weder das histologische Substrat, noch die biologische Prüfung und das Tierexperiment haben dies erhärtet. Simultanauftreten neben anderen Tuberkulosen (Lymphdrüsen, Lungen, Haut) spricht noch nicht für den spezifischen Charakter auch dieser Läsion.

Brandweiner betont, daß die Annahme tuberkulöser Grundlage beim Angiokeratoma Mibelli nicht zu Recht besteht, da es ihm gelungen ist, bei einem einschlägigen Fall den Nachweis zu erbringen, daß der betreffende Patient sicher tuberkulosefrei war. Es handelte sich um einen 18jährigen Studenten mit Angiokeratoma Mibelli, bei dem alle Tuberkulinproben (Pirquet, Stichprobe und allgemeine Reaktionen auf 1 mg Tuberkulin) negativ geblieben sind, so daß mit Sicherheit die Freiheit des Pat. von Tuberkulose erwiesen worden ist (s. Wien. med. Wochenschr. 1912, Nr. 19).

Lipschütz: Ich schließe mich Brandweiner an, daß sich zwischen dem demonstrierten Fall von Angiokeratomie und Tuberkulose keinerlei Beziehungen nachweisen lassen, denn auch das Tierexperiment ergibt diesbezüglich ein negatives Ergebnis.

Oppenheim demonstriert:

1. Einen Fall von polymorphem Syphilid mit Lokalisation an Stirne und Streckseiten der Extremitäten und mit einer linksseitigen totalen Facialisparalyse. Der 28jähr. Patient hat im Jänner eine Salvarsan- und 2 Quecksilberinjektionen bekommen, damals wegen eines Primäraffektes ohne Exanthem. Jetzt zeigt er folgende Symptome: An den Streckseiten der oberen Extremitäten, weniger an den unteren, ferner an der Stirne zeigen sich zum Teil psoriasiforme, zum Teil rupiaähnliche Efflorescenzen bis zu Kronenstückgröße in ziemlich großer Zahl. Die meisten sind von einem lebhaft roten, aber scharf begrenzten, entzündlichen Hof umgeben. Am dichtesten sind die Efforescenzen über den Schultern und der Regio deltoidea, sowie an der Stirne. Die Facialislähmung ist komplett. Es besteht Unmöglichkeit des Stirnrunzelns, des Augenschlusses, der Verziehung des linken Mundwinkels und auch des Pfeifens. Der Kranke zeigt das Bild der von mir zuerst beschriebenen Syphiliseruptionen, die während oder unmittelbar nach einer Salvarsan-Quecksilberkur auftreten, nämlich Lokalisation wie beim Erythema multiforme (Stirne, Gesicht, Streckseiten der Extremitäten) und akut entzündlichen Charakter. Die Facialislähmung ist als Neurorezidiv aufzufassen.

2. Einen 57jährigen Patienten mit einer ausgesprochenen Sattelnase, hochgradiger Blässe der Haut, starker Abmagerung und Milztumor (Bantischer Symptomenkomplex). Der Kranke hat im Jahre 1895 Lues acquiriert und machte an der Klinik Neumann eine Schmierkur durch. Die Nasenscheidewand, sowohl die knöcherne als auch die knorpelige, fehlt vollständig. Die Haut zeigt ein wäch-



sernes gelbweißes Kolorit, wie wir es nur bei den höchsten Graden von Anämie sehen. Die Milz des Patienten ist vergrößert und reicht zwei Finger breit unter den Rippenbogen hinab. Der Blutbefund zeigt einen Hämoglobingehalt von 57%, fast normale Zahl der roten Blutkörperchen, eine relative Mononucleose, eine Leukopenie (4600 weiße Blutkörperchen), darunter 17% eosinophile Zellen. Das Krankheitsbild erinnert an die Bantische Krankheit, und zwar an das erste Stadium, sowohl in bezug auf die Milzvergrößerung und die hochgradige Blässe und Abmagerung, als auch in Beziehung auf den Blutbefund. Wir werden sehen, ob die antiluetische Behandlung einen Einfluß auf die Erkrankung nimmt, sollte dies nicht der Fall sein, so werden wir an einen echten Banti denken müssen und die Milzexstirpation in Vorschlag bringen.

3. Einen 21 jähr. Patienten mit schwieriger Differentialdiagnose. Wir sehen auf der Haut des Stammes und der Extremitäten zahlreiche papulöse Efflorescenzen bis zu Linsengröße von hellgelbroter Farbe, teils mit glatter unveränderter Oberfläche, teils mit kleinlamellöser Abschuppung. Die Schuppen haften ziemlich fest und lassen sich nicht in größeren Lamellen ablösen. Zwischen den Papeln zerstreut findet man kreuzer- bis talergroße Herde, deren Peripherie von ebensolchen Papeln gebildet und deren Zentrum leicht gelblich gefärbt ist. Zum Teil sind die Papeln zu einem kreisförmigen Band verbunden, zum Teil stehen sie isoliert. Die Streckseiten der Extremitäten, der behaarte Kopf, das Gesicht, Handteller, Fußsohlen und Nägel sind völlig frei. Die Affektion juckt sehr heftig und stellt ein Rezidiv einer vor 4 Wochen bestandenen ebensolchen Eruption dar, die ich ebenfalls auf meiner Station behandelte.

Die Differentialdiagnose hat zwischen Psoriasis vulgaris, Herpes tonsurans, Parapsoriasis und Eczema seborrhoicum zu unterscheiden.

Psoriasis ist auszuschließen wegen der Lokalisation, wegen der kleinlamellösen, fest anhaftenden Schuppen und wegen des heftigen Juckens, gegen Parapsoriasis spricht ebenfalls das heftige Jucken und die Kreisformen, gegen Herpes tonsurans das Fehlen von Pilzen, das heftige Jucken und die eigentümlichen, von Schuppen bedeckten kleinen papulösen Efflorescenzen.

Für Eczema seborrhoicum spricht das heftige Jucken, zum Teil die Lokalisation an der vorderen und hinteren Schweißfurche, die Kreisformen (E. seb. petaloides) und der histologische Befund. Denn dieser zeigt intraepidermiodale und subcorneale Bläschenbildung.

Nobl: Ich glaube, daß nach der präzisen Hervorhebung der kennzeichnenden Merkmale und den sinnfälligen Erscheinungen, von denen wir uns ja überzeugen konnten, nur eine, allerdings durch besondere Intensität ausgezeichnete Parapsoriasis diagnostiziert werden kann. Ein seborrhoisches Ekzem mit den Komponenten erbsengroßer kaum schilfernder Knötchen, in ähnlich exanthematisch dichter Einstreuung, wäre ein Novum, das, meiner bescheidenen Erfahrung nach, in der Nosologie seborrhoischer Zustände nicht vorgesehen ist.



Oppenheim: Ich kann mich der Meinung Nobls, betr. Parapsoriasis nicht anschließen, dagegen spricht, es sei nochmals erwähnt, das heftige Jucken, das Fehlen eines Verschwommenwerdens der papulösen Efflorescenzen bis zu zigarettenpapierartiger Fältelung der Haut, der histologische Befund, das rasche Auftreten zweier Eruptionen innerhalb 4 Wochen.

4. Zwei Fälle von Vaselinoderma, das von mir zuerst beschrieben wurde, bei zwei jungen Burschen, die an Impetigo contagiosa des Gesichtes und Kopfes erkrankt waren und sich mit 1proz. Präcipitatsalbe behandelten. Man sieht an der Stirnhaargrenze, an beiden Wangen, in der Schläfengegend und vor den Ohren jene charakteristischen perlmutterglänzenden, weißgrauen, derben Knötchen und Papeln, die zu verrukösen Efflorescenzen konfluieren und hier zum Teil auf geröteter Haut aufsitzen. Die Rötung, die eigentlich nicht zum Krankheitsbilde gehört, ist wohl auf ganz besonders schlechtes Vaselin zurückzuführen.

Pulay: 4 Fälle von Ichtyosis.

Luithlen demonstriert:

a) Fall von Morb. Recklinghausen.

b) Fall von Lupus erythemat.

Lipschütz demonstriert aus der Abteilung des Primarius Rusch:

1. Einen Patienten mit Ulcera venerea, die den ganzen Mons veneris bedecken und beiderseits auf die Inguinalgegend übergreifen. Bemerkenswert sind die große Zahl der verschieden großen, dicht nebeneinanderstehenden und teilweise auch miteinander konfluierenden Geschwüre und ihr Sitz auf einer elevierten, mäßig indurierten und hie und da zerklüfteten Hautpartie. Im Präputialsack einige kleine venerische Geschwüre. Die Diagnose wurde durch den mikroskopischen Nachweis von Ducreyschen Bacillen sichergestellt.

2. Ein 6jähr. Mädchen mit einem ausgedehnten Lichen scrophulosorum am Stamm, namentlich auch periumbilical, ferner am Mons veneris und an der Außenfläche der großen Labien. Auf beiden Fußrücken spärliche Efflorescenzen eines acneiformen Tuberkulids, ferner vier derartige Efflorescenzen zerstreut angeordnet in der Haut der linken Fußsohle. Was jedoch den Fall besonders bemerkenswert macht, ist das Auftreten sehr zahlreicher, unter stecknadelkopfgroßer, glitzernder, planer, polygonal begrenzter, wie abgeschliffen aussehender grauweißer Knötchen, die in den zentralen, teilweise bereits abgeheilten und mäßig pigmentierten Anteilen der größeren Herde des Lichen scrophulosorum zerstreut angeordnet zu finden sind. Diese kleinsten Efflorescenzen sind nur bei sehr genauer Besichtigung und schrägem Lichteinfall wahrzunehmen. Sie zeigen eine gewisse Ähnlichkeit mit Efflorescenzen des Lichen nitidus. Die Zusammengehörigkeit der kleinsten planen Knötchen zum Lichen scrophulosorum wird noch durch die histologische Untersuchung geprüft werden. Wie mir Primarius Rusch mitteilte, sind derartige kleinste plane Efflorescenzen des Lichen



scrophulosorum im Wiedener Krankenhaus bisher nur zweimal beobachtet worden; sie dürften daher sehr selten auftreten.

Riehl ersucht den Vortr. um Demonstration eines histologischen Präparates des Falles.

Brandweiner demonstriert einen Fall von extragenitalem Ulcus molle am Zeigefinger der rechten Hand eines 30jähr. Mannes. Entsprechend der rechten Cubitaldrüse ist es zur Bildung einer akuten, fluktuierenden Adenitis gekommen.

Perutz stellt aus der Abteilung des Professor Ehrmann eine Patientin vor, welche an beiden Flachhänden und Fußsohlen symmetrisch eine Hyperkeratose zeigt, die aus konglomerierten, hornartigen, abgeplatteten, hühneraugenähnlichen Erhebungen (Corus Hutchinson) von gelblichbrauner Farbe und Erbsengröße bestehen. Einzelne dieser Efflorescenzen sind auch am Handrücken und den Dorsalflächen der Finger lokalisiert. Diese Affektion ist mit Genuß von Arsen in Zusammenhang zu bringen, das Patientin durch $1^1/_2$ Jahre hindurch genommen hat. Weiter besteht an den erkrankten Partien eine lokalisierte Hyperidrosis, wie sie von Hutchinson, Levin, Pringle beschrieben wurde. Eine Andeutung von Melanose findet sich bei der Patientin in der Gegend des unteren Augenlides, während am Stamme eine ganz ausgesprochene Arsenmelanose ersichtlich ist.

Königstein: Mollusca contagiosa am l. Oberarm.

Arzt demonstriert aus der Klinik Hofrat Riehl:

1. Ein 19jähriges, bisher immer gesundes Mädchen, bei dem — angeblich seit 4 Wochen — sich tiefe Knoten von Linsen, bis über Nußgröße bildeten, die im subcutanen Gewebe, und zwar vereinzelt an der linken Wade, sehr zahlreich an der rechten Wade liegen. Mikroskopisch (Projektion des Präparates) findet sich im subcutanen Gewebe, und zwar vorwiegend im Fettgewebe, ein entzündliches Infiltrat mit außerordentlich reichlicher Riesenzellenbildung.

Das mikroskopische Bild ist dem in der letzten Sitzung demonstrierten Präparate, einem Falle von tiefen Infiltraten nach Injektion von Ol. camphorat., außerordentlich ähnlich.

Nobl: Bei dem Standort der Granulome des Bazinschen Erythems im subcutanen Fettgewebe, woselbst sie von Thrombophlebitiden den Ausgang nehmen, pflegt reichliche Einfügung von Fettriesenzellen zur Regel zu gehören. Im Vordergrund des Gewebsbildes steht die Wucheratrophie des Fettgewebes im Sinne Flemmings, wobei Vakuolisierung und Loslösung von Fetttröpfchen zustande kommt. Die aus der organischen Kontinuität getretenen Lipoide geben dann den Anstoß zur Fremdkörperriesenzellenbildung. Ich habe bei 50 Fällen des Erythema induratum Bazin histologisch neben banalen Entzündungsformen, in überwiegender Häufigkeit, Granulationsherde von ausgesprochen tuberkuloider Struktur nacheisen können (Dermatol. Zeitschr. 1919).

Oppenheim: Bei dieser Gelegenheit möchte ich mir erlauben, auf einen Fall hinzuweisen, dessen exzidierte Hautstücke — sie betrafen große Hautteile mit Subcutis beider Oberarme — ich hier demonstriert habe. Da entstanden im Anschlusse an subcutane Injektionen eines Arsen-Eisenpräparates mächtige, derbe, netzförmige Stränge und Tumoren in der Haut beider Oberarme, die histolo-



gisch sich als Fremdkörperriesenzellentumoren dokumentierten; der Fall wurde von mir ausführlich im Archiv für Dermatologie und Syphilis publiziert. Ich stellte danach die Hypothese auf, daß zur Entstehung derartiger Geschwulstbildungen nicht unbedingt ein Fremdkörper vorhanden sein müsse, sondern daß chemische Reize allein zu solchen Bildungen Veranlassung geben können in Analogie mit der Entstehung der Riesenzellen in der Lunge von Kaninchen, denen man Silberlösungen in die Trachea einbläst. Durch Konfluenz der Lungenalveolarepithelien entstehen dabei vielkernige Riesenzellen.

Ferner möchte ich auf meinen Vortrag auf dem Kongresse der deutschen dermatologischen Gesellschaft in Wien 1913 „Über Lupoidbildung nach subcutanen und intramuskulären Injektionen" hinweisen, wo ich zu dem Schlusse komme, daß Morphiuminjektionen, Hydrargyr. salicylicum und Eisenarseneinspritzungen imstande sind, Lupoide in der Haut zu erzeugen, die den Boeckschen Sarkoiden ungemein ähnlich sind, sowohl in klinischer als auch histologischer Beziehung. Dies steht in gutem Einklang mit der erst jüngst geäußerten Ansicht Kyrles, daß die Sarkoide oder Lupoide durch tote Tuberkelbacillen, die als Fremdkörper wirken, entstehen.

2. Drei Fälle von Trichophytia profunda, die beide mit Trichon-Bruck neben mechanischer lokaler Epilation behandelt wurden und zwar: Fall 1 Trichophytia profunda barbae mit 5 Injektionen intramuskulär injiziert, ansteigend von 0,1 bis 0,5, verteilt auf 16 Tage; danach Rückbildung der entzündlichen Veränderungen. Tiefe derbe Knoten bestehen auch derzeit noch (Demonstration der Bilder vor und nach der spezifischen Behandlung).

Fall 2: Trychophytia profunda am rechten Vorderarm (Kerionform) in der gleichen Weise behandelt, bei dem ebenfalls nach 15 Tagen die entzündlichen Veränderungen und die Eiterungen verschwanden. (Demonstration der Bilder vor und nach der Behandlung.)

Fall 3. Trichophytia profunda barbae (teilweise furunkoloide Form) seit 7. Februar mit Trichophytin Höchst mit 4 Injektionen intramuskulär behandelt. Reichliche Sekretion der Herde nach der ersten Injektion, derzeit Rückbildung.

3. Zwei Fälle, bei denen diagnostisch Trichon 0,1 intrakutan resp. Trichophytin 0,1 (Verdünnung 1:50) verabreicht wurden.

Fall 1. Trichophytia profunda barbae (Kerionform) mit sehr starker Reaktion noch am 4. Tag nach der Injektion.

Fall 2. Lupus verrucosus an der rechten Hand und Scrophuloderm am Hals mit starker lokaler Reaktion nach intracutaner Verabreichung von Trichophytin 0,1 (Verdünnung 1:50). (Gemeinsam mit D. Fuß.)

Um Mißverständnissen vorzubeugen schlägt Arzt vor: 1. als lokale Reaktion die Veränderungen an der Applikationsstelle des spezifischen Präparates; 2. als Herdreaktion die Veränderungen am Krankheitsherd und 3. als allgemeine Reaktion die Veränderungen im Gesamtzustande des Individuums (Fieber, Abgeschlagenheit usw.) zu bezeichnen.

Kerl demonstriert aus der Klinik Hofrat Riehl:

1. Einen Fall von Neurofibromatosis Recklinghausen mit Pigmentierungen und zahlreichen Fibromen. Ein ungefähr



kleinapfelgroßer Tumor hängt gestielt median in der Gegend der Crena ani.

2. Einen 36jähr. Mann mit ausgebreiteter Follikulitis decalvans. Das Leiden besteht seit einem Jahr. Neben fleckförmiger Atrophie mit Haarverlust, die sich über das ganze Capillitium erstreckt, sieht man frische, zum Teile konfluierende Abscesse an den Seitenpartien des Hinterhauptes.

3. Eine 30jähr. Frau mit einer ausgebreiteten Stomatitis. Das Zahnfleisch, über den Schneidezähnen insbesondere, ist stark geschwollen, aufgelockert und mit einem ziemlich festhaftenden weißen Belag versehen. Im Dunkelfeld sind äußerst zahlreich unregelmäßig gewundene Spirochäten nachweisbar, die eine peitschenartig schnellende Fortbewegung zeigen. Es wurden in letzter Zeit wiederholt solche Stomatitiden mit starkem Gewebszerfall, insbesondere an beiden Seiten der Wangenschleimhaut, entsprechend den letzten Backenzähnen, beobachtet und stets fanden sich die gleichen Mikroorganismen in reichlicher Zahl im abgekratzten Belag. Die Affektionen heilten prompt auf Salvarsaninjektionen. — Es sei an dieser Stelle nur auf diesen Befund aufmerksam gemacht, ob und inwieweit die Spirochäten ätiologisch in Betracht kommen, ist durch genauere Untersuchungen festzustellen.

Oppenheim: Die Zunahme der Fälle von Stomatitis jetzt ist mir ebenfalls aufgefallen. Besonders bemerkenswert erscheint mir, daß die Leute, die jetzt die Quecksilberkur durchmachen, trotz sorgfältigster Mundpflege sehr häufig Stomatitis bekommen. Es muß also eine spezielle Disposition dafür vorhanden sein.

Noch etwas scheint mir für die Annahme zu sprechen, daß die Ernährung mit der Häufung von Stomatitis etwas zu tun hat, indem in meinem Ambulatorium am Wilhelminen-Spitale, wo ich sonst recht oft Kinder mit aphthösen und anderen Stomatitiden sehen konnte, jetzt sehr selten Gelegenheit habe, solche Kinder bis zum zweiten Lebensjahre zu sehen. Diese werden nämlich zumeist als Kriegspatenkinder mit guter Ottakringer Kindermilch genährt. Vielleicht ist das der Grund, warum die Stomatitiden bei diesen Kindern seltner geworden sind.

Sitzung vom 20. März 1919.

Vorsitzender: Finger. Schriftführer: Planner.

Rusch demonstriert einen 42jährigen Mann mit Sarkoma idiopathicum haemorrhagicum Kaposi. Die Affektion besteht seit 8 Jahren und ist seit 4 Jahren nahezu stationär. Die an Händen und Füßen und Unterschenkeln sitzenden sehr zarten Infiltrate und höchstens erbsengroßen Knoten zeigen stellenweise anuläre Anordnung.

Kren: Das Sarkoma idiopathicum setzt bekanntlich Metatasen, die im allgemeinen relativ benigen sind, d. h. auf Röntgen sich gut und auch vollständig zurückbilden können, so daß Ausheilung nicht selten ist. Es kommt aber auch vor, daß das Sarkom besonders an den Beinen in die Tiefe vordringt und hier längs den Nerven- und Gefäßscheiden zu prognostisch viel ungünstigeren Erscheinungen führt. Einen solchen Fall hat Saphier vor einigen



Jahren beschrieben. Kren selbst hat einen gleichen Fall vor 2 Jahren beobachtet.

Nobl: Rusch zeigt uns hier eine sehr beachtenswerte Variente des Leidens, die zunächst durch das Vorwalten der figuriert-flächenhaften Infiltrate an den Beinen und Armen bemerkenswert erscheint. Dazu kommt die relative Gutartigkeit, vielfache Involutionsformen mit pigmentierten Restbeständen, und das Auftreten bei einer sonst verschonten Rasse. Die meisten mir erinnerlichen Fälle stammten aus Galizien, vereinzelte aus Ungarn. Die Bereitschaft der Juden für das sog. multiple idiopathische hämmorrhagische Pigmentsarkom ist übrigens genügend geläufig. Was das anatomische Substrat betrifft, so kann für dasselbe die ursprüngliche Definition Kaposis nicht mehr aufrechterhalten werden. Die von Capillarendothelien ausgehenden fusiformen Zellkomplexe umschichten kavernös erweiterte Bluträume, deren Struktur dem Begriff spindelzelliger Sarkome nicht entspricht.

Kren demonstriert eine 50 Jahre alte Patientin, die im Jänner mit einer bloß auf der linken Gesichtshälfte lokalisierten Hautaffektion erkrankt ist, die — wie jetzt noch sichtbar — mit hanfkorn- bis kleinlinsengroßen, unscharf umschriebenen Knötchen beginnt und dann zu einer diffusen Hautinfiltration geführt hat, deren markantestes Symptom eine eigentümliche blau-braune Verfärbung der Haut ist. Salben hat Patientin keine angewendet. Während ihrer Beschäftigung — sie ist Köchin — ist ihr Gesicht nicht einseitig, sondern vollkommen gleichmäßig belichtet. Es handelt sich um die zuerst von Riehl beschriebene Melanosis.

Sachs demonstriert:

1. Eine 20jährige Patientin mit Nagelveränderungen an allen Fingernägeln im Anschluß an eine Hg-Intoxikation. Patientin wurde mit sieben Merarsol- und fünf halben Hg-Salicyl-Injektionen antiluetisch behandelt. Nach dieser Behandlung trat eine ziemlich schwere Hg-Intoxikation auf, welche außer Fieber, Albuminurie, Enteritis haemorrhagica eine auf der Haut des Stammes und Gesichtes ausgebreitete Hg-Dermatitis zeigte. Unter Zurücklassung von Pigmentierungen heilte die Dermatitis ab. Nachher stellte sich Defluvium capillitii, sowie eine auf alle Fingernägel lokalisierte Onychie ein. Die Nagelveränderung besteht in einer graugelben Verfärbung und Verdickung der Nagelplatte, welche durch Unebenheiten und Querfalten sich auszeichnet. Die Nagelplatte ist überdies matt, brüchig, zeigt an einzelnen Nägeln weiße Längsstreifen und eine Andeutung von Onychogryphose.

Kren: Die Nagelaffektion ist bei der Patientin vor der Salvarsanbehandlung aufgetreten. Sie ist die Teilerscheinung einer schon vor vielen Wochen abgelaufenen schweren, allgemein mit hohen Temperaturen einhergehenden Quecksilberdermatitis, deretwegen Patientin in Krens Abteilung gelegen ist.

Sachs: Die an zwei Fingern bestehende, zart angedeutete subunguale Hyperkeratose kann schon deshalb nicht für die Entstehung der Nagelveränderung mit verantwortlich gemacht werden, da an den übrigen Fingernägeln keine subunguale Hyperkeratose, aber trotzdem die geschilderten Veränderungen vorhanden sind.

2. Vorstellung der in der Sitzung vom 6. II. und 6. III. demonstrierten Patientin mit Lupus erythematodes der Nase. Nach



Ablösung der festhaftenden, grünlichschwarzen, warzig aussehenden Schuppen sieht man an der Basis derselben dicke Zapfen, welche in erweiterte Follikelöffnungen passen. Der Herd auf dem Nasenrücken präsentiert sich als eine zart bläulichrote Fläche mit erweiterten Follikeln und zeigt ein orangenähnliches Relief. Auf dem rechten Jochbogen findet sich eine mit dem Knochen fixierte, unregelmäßig begrenzte Hautnarbe, auf dem rechten Ohrläppchen zarte, bläulichrote Narben. Die klinische Diagnose Lupus erythematodes erfährt durch die histologische Untersuchung eine weitere Stütze.

Nobl: Wir sehen die Patientin im Verlaufe von 6 Wochen nunmehr zum drittenmal. Wären die krustösen, das Krankheitsbild verschleiernden Auflagerungen vor der Erstvorstellung entfernt worden, hätte Sachs sich die eingestandene Fehldiagnose eines Carcinoms und uns die wiederholte Diskussion erspart. Schon in der letzten Sitzung erlaubte ich mir zu bemerken, daß eine verruköse Form des L. erythematosus ein Novum sein dürfte. viel wahrscheinlicher sei es, daß ein vulgärer Lupus mit starkbetonter Vaskularisation vorliege. Eine Läsionstype, welche von Leloir als L. vulg. erythematoides apostrophiert wurde. Ein Blick auf das histologische Präparat lehrt, daß von einem L. erythematosus nicht die Rede sein könne. Die Gewebsverhältnisse bieten extreme Hornschicht, Rete- und Papillarwucherung mit herdförmigen intra- und subpapillaren Granulomen, eine Anordnung, die den verruös-papillaren Lupusausbrüchen nicht fremd ist.

Ullmann: Die Vorsicht bei der Annahme des Zusammenhanges der Knochentuberkulose mit dem demonstrierten fraglichen Lupus erythematodes, die Sachs jetzt zum Ausdruck gebracht hat, erscheint mir wohl heute nicht mehr gerechtfertigt. Seit 1901 sind ja in dieser Gesellschaft schrittweise immer neue Beweise für die enge ätiologische Beziehung des Lupus erythem. und seiner aetrophischen Ausgänge erbracht worden. Zuletzt hat sich doch auch Jadassohn im Jahre 1913 als gewichtigster Gegner dieser Auffassung ebenfalls, und zwar hier in Wien voll und ganz zu dieser Auffassung bekannt. Wozu also immer noch diese Vorsicht bei der Erwähnung des ätiologischen Zusammenhanges, abgesehen von der offenkundig Lupus ähnlichen Natur der Erkrankung.

Kyrle: Aus den histologischen Präparaten. die ich zu einer Zeit sah, als mir die Klinik des Falles unbekannt war, konnte man tatsächlich eigentlich nur an Lupus erythematodes denken. Spezifische Lupusstruktur war in den mir vorgelegten Präparaten nicht vorhanden. Übrigens ist daraus nicht grundsätzlich zu entscheiden, da ja bekannte typische Fälle von Lupus erythematodes gelegentlich an der einen oder anderen Stelle vollentwickelten Lupusbau zeigen können. Bei der fast allgemein vertretenen Ansicht, daß der Lupus erythematodes doch zu den Hauttuberkulosen gehört, können gewisse, gelegentlich vorkommende Strukturdifferenzen nicht wundernehmen.

Sachs: Lupus vulgaris erythematoides Leloir ist nach dem histologischen Befunde auszuschließen, da sich in keinem der untersuchten Präparate (Serienschnitte) ein tuberkuloider Bau oder Teile eines solchen nachweisen lassen. Das histologische Bild zeigt gegenüber dem Lupus erythematodes insofern eine Abweichung als bei letzteren die Zellherde eine scharfe Abgrenzung erfahren, während hier die zellige Infiltration eine mehr oder weniger diffuse ist (Demonstration histologischer Präparate).

Ehrmann: Creeping disease.

Ullmann: S. Bogroff in Moskau, der 1908 zusammen mit Wosbrikow in der Moskauer venerolog.-derm. Gesellschaft einen „Fall von Creeping disease mit Larvenbefund" (Ref. Monatsschr. f. pr. Derm. Bd. LXVI. p. 250. 1920) demonstriert hat, und mir ein halbes Jahr vor Kriegsbeginn eine ausführliche Arbeit über die Kriechkrankheit zur Publikation für das Werk: Schädigungen der Haut durch Beruf und Gewerbe, eingesendet hat, bezweifelt dort die



einheitliche Ätiologie, glaubt aber, daß der sog. Maulwurf, wenigstens in Rußland in der 1 mm langen Larve von Pferdebremsen, Gastrophilus pecoris und veterinus bestehe, und dort insbesondere bei Pferdeknechten, Kutschern oder Bauern beobachtet wurde, die sich an Pferdemist infizieren. Bis dahin hat man den Sitz des Hautmaulwurfes hauptsächlich in den Blättern von Aristolochien vermutet, weil die Krankheit bei Gärtnern gefunden wurde, die besonders diese Pflanze gezüchtet haben.

Kyrle bemerkt, daß die Fälle von Creeping diseases, die in der Literatur vorliegen, eigentlich doch ein wenig anders geschildert sind, als wir dies hier sehen. Er hätte den Fall in die Gruppe der urticariellen Dermatosen eingereiht. Weitere Beobachtung und histologische Untersuchung werden definitive Entscheidung zu bringen vermögen.

Riehl: Der demonstrierte Fall gleicht einer Urticaria. Es fehlen die sonst für diese Krankheit charakteristischen Gänge. Es wäre die Diagnose Creeping disease also nur durch den Nachweis des Erregers beweisbar.

Volk stellt 1. eine Patientin vor, welche seit 3½ Jahren an einem exulcerierenden Lupus vulgaris leidet und bei der sich in der letzten Zeit am rechten vorderen und hinteren Gaumenbogen je ein isoliertes grauweißes, vorspringendes Tuberkelknötchen entwickelt hat.

2. Eine Patientin, deren Erkrankung 14 Jahre besteht. Die Haut am Dorsum beider Hände ist auffallend dünn, die tiefen Hautvenen schimmern deutlich durch, die Haut läßt sich leicht abheben, die Falten gleichen sich nur langsam aus. Diese Atrophie erstreckt sich noch auf den Vorderarm und geht dann am Ellbogen in einen blaurot verfärbten infiltrierten Rand über. Die Finger fühlen sich kalt an, sind blaurot verfärbt, bei größerer Kälte, bei Eintauchen in kaltes Wasser werden sie ganz weiß. Die Sensibilitätsprüfung ergibt eine starke Herabsetzung des taktilen und Temperatursinnes besonders im Bereiche des Ulnaris an den Fingern, während spitz und stumpf im allgemeinen gut unterschieden werden. Es handelt sich um eine Acrodermatitis atrophicans.

Die dritte Patientin wurde wegen eines angeblichen Lupus am Unterschenkel der Heilstätte zugewiesen. Sie erkrankte vor 14 Jahren mit einem pustulösen Ausschlag und wurde damals wegen Blatternverdachtes ins Franz-Josefs-Spital gebracht, wo das Exanthem nach 23 Tagen unter indifferenter Salbenbehandlung abheilte; seit jener Zeit wiederholten sich fast alljährlich papulo-pustulöse Ausschläge. Bei der Kranken fand sich am elephantiastisch verdickten rechten Unterschenkel ein fast kindshandtellergroßes Ulcus mit mäßig steil abfallenden Rändern und schmierig belegtem Grunde; die Umgebung war derb infiltriert bräunlichrot verfärbt von warziger Oberfläche, mit dicken Schuppenkrusten bedeckt, so daß eine gewisse Ähnlichkeit mit einem Lupus vulgaris verrucosus ohne Zweifel bestand. Doch wurde der auftauchende Verdacht einer Lues durch den positiven Ausfall der WR. und die prompte Heilung des Ulcus auf spezifische Therapie bekräftigt.

Den Grund zur Vorstellung bietet aber eine ausgedehnte Atrophie fast der ganzen Haut des Rumpfes und eines Teiles der oberen Ex-



tremitäten. In diesem Bereiche ist die Haut ganz dünn, trocken, runzelig, teils auffallend weiß, größtenteils aber schmutzig-grau verfärbt. Die Begrenzung ist oft girlandenförmig und bei der Aufnahme zeigten sich an den Rändern stellenweise braunrote, auf Druck nicht abblassende Infiltrate, welche erst auf die spezifische Kur schwanden. An der Stelle dieser Infiltrate können wir auch jetzt schon eine leichte Atrophie nachweisen. Ähnliche, mehr fleckförmige, atrophische Stellen finden sich auch im Gesichte, während die Hände vollkommen frei sind. Die Patientin gibt auch an, daß sich die Hautveränderung im Laufe der Jahre an Stelle der Efflorescenzen entwickelt habe. Solche ausgedehnte, fast zusammenhängende Atrophien nach Syphilis, wie sie Finger als Liodermia syphil. beschrieben hat, gehören wohl zu den großen Seltenheiten.

Kantor demonstriert aus der Abteilung Nobl einen Fall von Lichen ruber planus.

Der 38jährige Patient hat seit 10 Jahren am Scrotum eine strichförmige Dermatose, die aus kleineren polygonalen Knötchen von blauvioletter Farbe besteht und den Patienten in letzter Zeit durch starkes Jucken belästigt.

Lipschütz demonstriert ein zweijähriges Kind mit einer akuten Eruption eines acneiformen und papulo-nekrotischen Tuberkulids nach Abheilung einer Grippe. Die Affektion ist am Stamm und auf den Extremitäten lokalisiert; besonders bemerkenswert ist ihr Sitz auf beiden Wangen, links stärker als rechts, wobei vereinzelte, zerstreut angeordnete Efflorescenzen auch auf der Haut der Oberlippe und an der Grenze des Lippenrots sitzen.

Perutz stellt aus der Abteilung Prof. Ehrmann einen Patienten vor, der seit 3 Jahren an einer stark juckenden, in Plaques angeordneten ekzemähnlichen Affektion leidet, die das prämycot. Stadium der Mycosis fungoides ist.

Riehl kann sich der Diagnose nicht anschließen und möchte den Fall als Ekcema scrophulosorum bezeichnen, das er vor Jahren beschrieben und hier demonstriert hat, eine chronisch verlaufende, mit geringen entzündlichen Erscheinungen in verwaschenen Scheiben sich ausbreitende, meist schuppende Ekzemform, die man ab und zu neben Lichen scrophulosorum, aber auch bei skrofulösen Kindern allein an der Haut vorfindet. Gegen die Diagnose mykotisches Ekzem spricht der Farbenton, es fehlt überall die dunkelbräunliche Rötung, das Fehlen jeder Spur von Infiltraten trotz der langen Dauer der Krankheit. Riehl ersucht, ein histologisches Präparat in der nächsten Sitzung vorzulegen, da bei den prämykotischen Erythemen schon charakteristische Zellinfiltrate, wenn auch in geringer Entwicklung, nachweisbar sind.

Nobl: Der Beweis für die spezifische Natur präfungöser Läsionsformen vom Aussehen schilfernder ekzemähnlicher Plaques, ist bei einjährigem Bestand, wie das ja für den Fall zutreffen soll, auf histologischem Wege einwandfrei zu erbringen. Aus den Kliniken und auch von mir sind ähnliche Frühformen hier des öfteren demonstriert worden. Stets findet man auch schon in diesem Stadium als Grundlage der schuppenden Flecke das kennzeichnende mykoside Infiltrat polymorpher Zellzusammensetzung mit Beimengung der bekannten großen Elemente.



Fischl stellt aus der Abteilung Professor Ehrmann einen 16jährigen infantilen jungen Mann mit typischem Lichen scrophulosorum am Stamme vor. Die Akuität des Prozesses an einer circumscripten Partie der Bauchhaut ist durch die stark positive Morosche Salbenreaktion bedingt. Auch die Pirquetsche Reaktion ist deutlich positiv. Bemerkenswert an dem Falle ist die perifollikuläre, namentlich an den Lichen scrophulosorum plaques der unteren Bauchhaut entwickelte spitze Dornenbildung, wie sie von de Mensa, Lesserliers und Jadassohn beschrieben wurden. Es dürfte sich um eine sekundäre Hyperkeratose, die nur eine besondere klinische Verlaufsform des Lichen scrophulosorum darstellt und auch bei anderen Dermatosen beobachtet wurde, handeln. Außer leicht vergrößerten Halslymphdrüsen bestehen keinerlei Manifestationen von Tuberkulose bei dem Kranken.

Kerl demonstriert aus der Klinik Hofrat Riehl:

1. Ein 12jähriges Mädchen, das bereits einmal wegen seiner sklerodermatischen Veränderungen demonstriert worden war, mit einem Favus corporis. Auf der sklerodermatischen Haut des Fußrückens sieht man beiderseits kleine Gruppen von Favusscutula, an einer Stelle ein herpetiformer, scheibenförmiger, ca. kronenstückgroßer Herd in den zentralen Partien gleichfalls einige winzige Scutula.

Als Infektionsquelle ist ein mit Favus des Kopfes an der Klinik in Behandlung stehendes Kind zu betrachten.

2. Ein einer Leiche entstammendes Hautstück mit Efflorescenzen von akutem Rotz. Das Präparat wurde der Klinik vom gerichtlich-medizinischen Institut Prof. Haberda überlassen, woselbst der Fall, da ohne ärztliche Versorgung gestorben, obduziert wurde. Man sieht an dem Präparate ungefähr erbsengroße Blasen, deren Inhalt zum Teil getrübt ist. Charakteristisch für die Diagnosestellung war der ca. $^1/_2$—1 cm breite anämische Hof um die Efflorescenzen, der auch in dem konservierten Präparate schön bemerkbar ist. Im histologischen Schnitt sieht man das Bild einer akutesten Entzündung mit äußerst mächtigem Kernzerfall. Wie mir berichtet wurde, hat die angelegte Kultur die Diagnose auf akuten Rotz bestätigt.

Kyrle demonstriert aus der Klinik Finger zwei Fälle von tuberkulösen Schleimhautulcera, die einen an der Unterlippe, die des zweiten Falles zircum anum. Typisch-klinischer Befund, in beiden Ulcerationen reichlich säurefeste Bacillen.

Arzt demonstriert aus der Klinik Riehl:

1. Einen 53jährigen Patienten, der vor mehreren Jahren an die Klinik mit einem Defekt der Nase aufgenommen worden war (WR. positiv) und der seither vielfach antiluetische Kuren durchmachte. Vor zirka einem halben Jahre traten nun um den Nasendefekt auf gerötetem Grunde knötchenförmige Efflorescenzen auf. Auch die





Schleimhaut des harten Gaumens und der Nasenrücken zeigten eine Verdickung und Knötchenformen. Eine Excision aus der Randpartie im Gesicht läßt im histologischen Präparat Knötchen vorwiegend aus Epitheloid-, vereinzelt aus Riesenzellen und eine lymphocytäre Zone erkennen; es handelt sich demnach aller Wahrscheinlichkeit nach um einen tuberkulösen Prozeß in der Umgebung eines luetischen Defekt des Gesichtes und der Nase.

2. Einen 30jährigen Patienten mit einer Tbc. verrucosa cutis des Daumens und Gommes scrophuleux am Unterarm.

3. a) Vier in Abheilung begriffene Favusfälle mit positiver Reaktion nach intracutaner Injektion von 0,1 Trichophytin Höchst (Verdünnung 1,50) und positiver Pirquet-Reaktion. Ein Fall von Favus mit negativer intracutaner Injektion von Trichophytin Höchst 0,1 (Verdünnung 1,50) und negativem Pirquet.

b) Mehrere Fälle mit tuberkulösen Hautaffektionen, alle mit positiver Reaktion nach intracutaner Injektion von Trichophytin Höchst 0,1 (Verdünnung 1,50) und positivem Pirquet.

c) Zwei Luesfälle, die ebenfalls eine positive Trichophytinreaktion aufweisen. Einen Luesfall mit negativer Trichophytin- und negativer Pirquet-Reaktion. Alle diese Fälle wurden an einem Tage in einer Serie injiziert. — Eine Erklärung für diese Befunde soll derzeit noch nicht gegeben werden.

Ullmann: Ähnliche und ausgedehnte Versuche mit verschiedenen Trichophytie-Extrakten sind bereits von Bloch, Sutter in Basel, Peddersen aus der Klinik von Rasch in Kopenhagen u. a. gemacht worden. Die Erklärung für die ziemlich gleichstimmigen Ergebnisse kann wohl nur darin liegen, daß hier keine spezifische Reaktion vorliegt, sondern nur eine Reaktion auf artfremdes Eiweiß. Trichophytin bewirkt nicht nur bei Trichophytie, sondern bei Favus, aber auch oft bei Gesunden fieberhafte Allgemeinreaktion, sowie Lokalreaktionen an entzündlichen Herden verschiedener Natur.

Bedenken wir andererseits, daß auch auf Terpentin und Milch tiefe Trichophytie wie Granulome überhaupt zweifellos reagieren, so bestätigt das auch die Auffassung, daß es sich nicht um spezifische, sondern um Gruppenreaktionen handelt, denen höchstens eine therapeutische, aber kaum besondere diagnostische oder biologische Bedeutung innewohnt. Ich erinnere hier nur noch an Liebreichs Cantharidin Wirkung auf die Tuberkulose, sowie Hebras Allylsulfacarbomid oder Thiosinamin auf Lupus und Narben, die nur ganz kurze Zeit im Rufe von Specifica blieben und daß z. B. von Spiegler eine ganze Reihe von solchen Reaktions- oder Reizstoffen erkannt wurde.

Sitzung vom 3. April 1919.

Vorsitzender: Finger. Schriftführer: Planner.

Ullmann: Fall von multiplen malignen Neoplasien der Haut. Der hier vorgestellte 26jährige Ingenieur ist seit etwa einem Jahre krank. Er leidet an zahlreichen Knotenbildungen in der Haut. Ich habe ihn vor einigen Monaten in der Ges. d. Ärzte demonstriert und damals versprochen, die Demonstration nach



einiger Zeit zu ergänzen. Die Haut des Stammes, Kopfes und der Extremitäten ist derzeit allüberall von verschieden großen Tumoren besetzt, die sich durch große Schmerzhaftigkeit peinlichst bemerkbar machen. Die größten bis walnußgroß, teils flach, teils halbkugelig prominent, von verdünnter, prall gespannter glänzender Epidermis bedeckt. Einzelne darunter, oberfächlich exulceriert, finden sich am Rücken, besonders viele und große innerhalb der behaarten Kopfhaut und Brustgegend. Dazwischen sehr viele kleine, bis miliare Knötchen, einzeln oder in Gruppen, die der Haut ein fast höckeriges Gefüge verleihen. Dazwischen wieder etwas tiefersitzende linsen- bis erbsengroße Knoten, die noch anscheinend normale, nicht verdünnte Haut sichtbar vorwölben. Auf dem Manubrium sterni und am oberen Rand der linken Orbita flache größere Tumoren in etwas ödematöser Haut eingebettet, die Extremitäten weit weniger von solchen Tumoren besetzt. Schleimhäute völlig frei, ebenso, soweit wiederholte genaue Untersuchungen bisher zeigten, sämtliche inneren Organe, insbesondere der Magen-Darmtrakt, das äußere und innere Genitale und auch das übrige osteoplastische System. Röntgenologisch zeigt auch das Sternum keinerlei Destruktion der Knochenbestandteile, welche dort auf längeres Bestehen, etwa auf den Sitz des Primärherdes deuten könnten. In letzter Zeit ist eine beträchtliche Abmagerung zu bemerken. Excisionsergebnisse eines kleinen, wie späterhin an der Klinik Eiselsberg eines größeren Knotens ergaben übereinstimmend eine, in den obersten Schichten der Cutis sitzende, in Schlauchform angeordnete, großzellige Neoplasie, deren Zellcharakter am ehesten dem eines metastatischen Carcinoms, auch eines großzelligen Rundzellensarkoms entspricht. Nirgends findet sich innerhalb der Tumoren Gefäßreizung, Gefäßvermehrung, Ansammlung besonderer Zellformen oder Andeutung von entzündlicher Reaktion außer an der Oberfläche und in der Umgebung der Ulcerationen. Das sonst normale Bindegewebe ist durch die neoplastische Zellmasse wie auseinandergeschoben, verdrängt und verschmächtigt ohne selbst Änderungen seines Zellcharakters zu erleiden. Die Epidermis über dem Tumor ist verdünnt, dieser reicht stellenweise ziemlich tief bis in das subcutane Zellgewebe hsrab. Die Gefäße im Bindegewebe hier und da erweitert.

Die halbkugeligen Tumoren im Capillitium erinnern an die von Poncet, Spiegler, Beurmann, Polland und vielen anderen beschriebenen Tumoren mit Prädilektionssitz in der Kopfhaut, jedoch nur äußerlich, da ihnen manches Klinische, vor allem aber jede Spur hyaliner Degeneration fehlt, welche diese sog. Endotheliome oder Cylindrome ja schärfer charakterisieren. So fehlt hier auch klinisch die relative Benignität, das hereditäre Moment, das langsame, auf Jahre sich hinziehende Wachstum u. a. In die von Rieker und Knapp in letzter Zeit zusammengefaßte große Gruppe von Hautdrüsentumoren kann diese Neoplasie schon deshalb auch nicht ge-

rechnet werden, da ihr trotz des schlauchartigen Baues die Beziehung zu den Schweißdrüsen fehlt. Auch der naevogene Ursprung, obwohl vielfach in klinisch ähnlichen Fällen beobachtet, scheidet hier wohl aus, da weder ein primäres Naevocarcinom noch Naevi überhaupt an der Hand zu beobachten sind. An eine ererbte Anlage zu multiplen Neoplasien in den oberflächlichen Hautschichten, die in dieser Form im besten Mannesalter gleichzeitig an so vielen Orten zur Entwicklung kommen sollte, kann wohl ebenfalls kaum gedacht werden. Multiple, genuine Hautsymptome sind wohl oft beschrieben, geben aber ein anderes klinisches wie histologisches Bild, wenn auch der Zellcharakter gewiß ebensogut einem Rundzellensarkom wie Carcinom entsprechen könnte. Bekannt ist ja auch die von manchen Pathologen (Krompecher, Borst u. a.) deshalb angenommene Bezeichnung: Sarcoma carcinoma cellullare Auch Billroth wollte in solchen Fällen in vivo histologisch keine Entscheidung treffen. Somit gelangen wir in diesem Falle so wie vor vielen Monaten heute noch zu der Auffassung einer metastatischen Disseminierung aus einem irgendwo sitzenden noch klinisch verborgenen Primärherd. Es wäre interessant, die Erfahrungen anderer Herren hier zu hören.

Riehl zeigt die Moulage eines fast identischen Falles, bei dem im Leben die Diagnose metastatisches Carcinom der Haut gestellt wurde. Die Obduktion ergab einen Scirrhus des Magens.

Sachs: Im Wiedner Krankenhause hatte ich Gelegenheit, einen Patienten zu beobachten, welcher ein Carcinom am Pylorus des Magens hatte und auf der Haut Tumoren, von welchen einige sarkomatösen Charakter zeigten.

Ullmann: Der Fall Riehls hat sehr viel Ähnliches. Die Tumoren sind nur alle durchschnittlich größer, tiefer sitzend und ziemlich gleich groß. Aber das mag nicht von Belang sein. In unserem Falle funktioniert der Magen glänzend und völlig beschwerdefrei, was übernatürlich keinerlei Schlußfolge gestattet. Frei ist auch der Augenhintergrund. Der Kranke wurde bisher mit hohen Dosen Arsen sine effectu behandelt.

Kren demonstriert:

1. Einen 15jährigen Knaben, bei dem sich bei ausgesprochenen Lymphomen der beiden Halsseiten im Anschluß an einen typischen Lichen scrophulosorum ein Lichen spinulosus am Stamm, besonders in den unteren Partien, entwickelt hat. Die Follikel tragen hier fast alle ohne sonstige Veränderungen etwa 2 mm lange Hornstacheln. Sonst besteht eine leichte Xerosis cutis und eine Acne arteficialis an der Streckseite der oberen Extremitäten infolge Salbenbehandlung.

2. Einen 11jährigen Knaben, der schon vor 1 Jahr in der Gesellschaft demonstriert worden ist. Es war damals fraglich, ob Psoriasis oder Lichen ruber acuminatus vorliegt. Heute besteht eine universelle Hautaffektion, die bloß die Handteller und Fußsohlen frei gelassen hat. Die Haut ist allenthalben leicht verdickt, stellenweise lichenifiziert, gelblichrot und wenig schuppend. An der Streckseite der Grundphalangen treten die Follikel als derbe, dichtgestellte Knötchen prominent hervor. Die Nägel sind bis zur Hälfte durch



eine subunguale Keratose abgehoben. Es ist wahrscheinlich — aber noch immer nicht sicher — daß das Krankheitsbild dem Lichen ruber acuminatus zugehört.

3. Eine 24jährige Patientin mit einem über den ganzen oberen, vorderen Stamm zerstreuten klassischen Syringocystadenom, das mikroskopisch verifiziert ist.

Rusch demonstriert einen jungen Mann mit Lichen scrophulosorum. Die Knötchen zeigen keine Neigung zu Gruppierung, sondern sitzen vorzugsweise follikulär in disseminierter Verteilung am Rumpf. Von größtem Interesse sind kleine, stecknadelkopfgroße, eigentümlich blasse, nur schwer sichtbare Knötchen an der Conjunctiva bulbi und am Tarsalanteil der Oberlider, auf die Professor Sachs aufmerksam machte und deren histologische Struktur, sowie deren Beziehung zum Lichen scrophulosorum in der Ophthalmologischen Gesellschaft von ihm auseinandergesetzt werden wird. Hier sei nur auf ihre morphologisch-klinische Erscheinungsweise hingewiesen.

2. Einen 58jährigen Mann mit einem tubero-ulcerösen, serpiginösen Syphilid, bemerkenswert durch seine Dauer, Ausdehnung und die dadurch bewirkte große Verunstaltung. Gesicht, Kopfhaut, Hals, Schultern und die oberen Rückenpartien sind größtenteils bedeckt von zentralwärts narbig abheilenden, peripheriewärts serpiginös fortschreitenden Knötcheninfiltraten, die an ihrer Kuppe zu kleinen flachen Geschwüren zerfallen, anderwärts papillär zerklüftete, mit dicken hyperkeratotischen Auflagerungen bedeckte, framboesieartige Herde bilden. An der Kopfhaut ausgedehnter scheibenförmiger Haarausfall, im Bereiche des Hinterhauptes büschelförmige Haarreste, die wie bei Dermatitis papillaris aus trichterförmigen Einsenkungen hervorragen. Die Narben am Rücken sind besonders umfangreich, dabei weich, glatt, schlaff, in dünne Falten gelegt und erinnern dermaßen an idiopathische Hautatrophie. Histologisch sieht man ungemein dichte, fast ausschließlich aus Plasmazellen bestehende Infiltrate, die den Papillarkörper in diffuser Weise füllen und von hier in dichten, mächtigen Zügen zwischen den Bindegewebsbündeln sich ausbreiten. Die Affektion dauert 15 Jahre, wurde wohl gelegentlich, aber immer nur ungenügend spezifisch behandelt. Wa. R. +.

Nobl: Ich hatte für heute eine Frau hergebeten, die in gewissem Sinne dem Patienten an die Seite gestellt werden könnte. Auch in diesem Falle handelt es sich um inveterierte, meist schon zu völliger Resorption gelangte serpiginöse Infiltrate der Arme und Beine mit Hinterlassung zart atrophischer Flächen. Im Bereiche dieser liodermatischen Partien haben sich großmaschige Erythemnetze etabliert, die vielfache Ähnlichkeit mit der von Ehrmann beschriebenen Livedo racemosa aufweisen. Doch dürfte die Pathogenese in diesem Falle auf andere Voraussetzungen zu beziehen seien. Die klassische Form der Ehrmannschen Figuren habe ich im Vorjahre an einem 40jährigen mit gummösen Unterschenkelresiduen behafteten Kranken mehrere Monate hindurch beobachten können. Leider konnte ich später seiner nicht habhaft werden. Vor längere Zeit erfuhr



ich aus einer Anfrage der Klinik von Wagner, daß der Kranke mit paralytischen Initialerscheinungen zur Aufnahme gelangte. Bei dem Manne waren Gesäß und Beine von weitausladenden Erythemnetzen umsponnen in sonst scheinbar ganz normalen Hautgebieten. Diese Anordnung entspricht Ehrmanns Feststellung. Bei der Kranken hingegen, die ich für heute zitiert hatte, alternierten die violettroten, seit vielen Monaten als stabil verfolgten Zeichnungen im Bereiche normaler Areable mit solchen, die an zartesten atrophischen Bezirken in die Erscheinung traten. In diesem Fall, den ich hoffentlich noch vorführen werde können, waren die cutanen Gefäße alteriert, die Endarteriitis tieferer arterieller Sammelbahnen war, vielleicht wegen nicht genügend tiefer Gewebsaushebung, nicht nachweisbar. Im übrigen scheint das Ehrmannsche Phänomen nicht ausschließlich der Syphilis eigen zu sein; wenigstens machen dies zwei Fälle Alexanders aus der Abteilung Bruns (Charlottenburg) wahrscheinlich. Alexander schließt aus fehlenden klinischen Anhaltspunkten, negativem Wassermann und versagender antiluetischer Behandlung auf aspezifische Abstammung der Figuren in seinen Beobachtungen. Jedoch kann die Erfolglosigkeit der Therapie kaum als diagnostische Direktive gewertet werden. In meinem vorerwähnten Falle mit noch typischen exulcerierten Unterschenkelgummen änderte eine energische Spritzkur mit Ol. cinereum 40% nichts an verästelten Zeichnungen und auch Ehrmann deutet, wie ich mich zu erinnern glaube, das Symptom als therapeutisch kaum mehr beeinflußbare Dauererscheinung.

Volk: Ich möchte doch glauben, daß es sich in diesem Falle um atrophische Narben handelt, während der letzthin von mir demonstrierte Fall reine Atrophie fast des ganzen Rumpfes und eines Teiles der Extremitäten aufwies. Ich betone nochmals, daß mich die eigene Beobachtung des Überganges von luetischen Infiltraten in Atrophie dazu veranlaßt hat, die Atrophie auf luetischer Grundlage anzunehmen und eine Kombination von Atrophia cutis idiopathica und Lues abzulehnen.

Oppenheim: Leider habe ich den Fall Volks in der letzten Sitzung nicht gesehen. Wenn es ein Fall von universieller Atrophie bei rezenter Lues gewesen ist, so möchte ich auf eine Analogie hinweisen, die ich bei Lepra im Matunga-Asyl in Indien gesehen habe und worüber ich im Archiv für Dermatologie und Syphilis unter dem Titel „Dermatitis atrophicans universalis leprosa" publiziert habe. Es fielen mir unter den Leprösen des Asyls eine Anzahl von Patienten auf, deren Haut in toto die Charaktere der idiopathischen Hautatrophie bot, mit allen ihren Eigenschaften, zum Teil sogar in sehr ausgeprägtem Maße, und bei denen die histologische Untersuchung neben den Befunden der Atrophie i. e. Verstrichensein der Papillen, Fehlen der Elastica, Degeneration der Bindegewebsbündel, Verdünnung der Epidermis, auch ausgedehnte Zellinfiltrate mit reichlichen Leprabacillen ergab. Es wäre nun denkbar, daß wir auch bei Lues nicht nur die gewöhnlichen Formen denteropathischer Atrophie nach Abheilung syphilitischer Efflorescenzen (siehe diesbezüglich auch die von Finger und mir verfaßte Monographie über die Hautatrophien) — sondern auch universelle, diffuse, progrediente Atrophien ohne sichtbar gewesene syphilitische Efflorescenzen beobachten können. Nur müßte dann die luetische Ätiologie durch die histologische Untersuchung wie bei der Leprafällen bewiesen sein.

Das histologische Substrat, das der Atrophie zu eigen ist, wird — es sei nochmals betont — in erster Linie charakterisiert durch das Fehlen der elastischen Fasern, alles übrige ist Folgezustand dieses Fehlens oder Begleitzustand. Die Zellinfiltrate stehen sicher nicht im Vordergrunde, sie sind ja auch bei der echten Dermatitis universalis atrophicans progressiva nur Randzellinfiltrate, die sich den Gefäßen anschließen.

Oppenheim demonstriert:

1. Einen Fall von Penismißbildung. Der Penis des 18jährigen Mannes ist in der Mitte im rechten Winkel nach abwärts abge-



knickt, die Harnröhrenmündung befindet sich in der Mitte der Glans penis, es besteht also keine Hypospadie. Das Präputium folgt dem Penis und bedeckt zum Teil die Glans. Dort wo dorsal der Knickungswinkel ist, zeigt das Präputium eine Reihe quer gestellter, ovaler Falten, die zwiebelschalenähnlich um einen kleineren medialen Wulst angeordnet sind. Zu diesem ziehen beiderseits von der basalen, medialen Raphe des Penis, die Seiten des Penis umgreifend, gabelförmig aufsteigend zwei Nahtlinien, die sich in der dorsalen Wulstung verlieren. Professor Tandler, der den Fall sah, konnte sich nicht erinnern, eine ähnliche Mißbildung beobachtet zu haben, auch mir ist sie noch nicht vorgekommen.

2. Einen 30jährigen Patienten mit Keratoma subunguiale hereditarium an sämtlichen Finger- und Zehennägeln. Die Nägel sind, besonders an den Zehen, stark seitlich zusammengedrückt und von ihrer Unterlage durch dicke Hornmassen abgehoben, ohne daß der Zusammenhang mit dem Nagelbett aufgehoben ist. Die Oberfläche der Nägel ist unverändert, die Mutter des Patienten leidet an der gleichen Affektion.

3. Einen 22jährigen Bäcker mit einer Stomatitis ulcerosa und einem Lichen urticatus ähnlichen Exanthem. An der Wangenschleimhaut links und hinter dem letzten Mahlzahn tiefe, mißfarbig belegte Ulcerationen, das Zahnfleisch der linken Seite bis zur Mittellinie geschwollen, an den Rändern zerfallen. Speichelfluß. Am Stamme und der Streckseite der Oberschenkel lateral zahlreiche, lebhaft rote Papeln bis zu Linsengröße, die in der Mitte derbe Knötchen oder Bläschen tragen, zum Teil streifenförmig angeordnet. Die Efflorescenzen zeigen Neigung zur Konfluenz und sind besonders dicht über den Claviculis, der seitlichen Brustwand und im Nacken. Bauchhaut, obere Extremitäten fast völlig frei. Zahlreiche Kratzeffekte. Auf der Stirne rechts Narben nach einem Herpes zoster, der vor 6 Wochen ablief. Die Stomatitis begann vor 4 Wochen, das Exanthem vor 3 Wochen. Gehören die Prozesse zusammen oder ist das fast gleichzeitige Auftreten des Exanthems mit der Stomatitis Zufall? Man könnte an eine gemeinsame Ursache denken; doch spricht das Zeitintervall von 8 Tagen dafür, daß die Stomatitis ulcerosa — wir sehen ja jetzt zahlreiche Fälle von Stomatitis — die Ursache für das Exanthem ist, das wir als septisches oder vielleicht auch als toxisches auffassen können. Wir sehen ja öfters bei Angina Vincent. und bei andern nekrotischen Formen der Angina Exantheme der Haut auftreten. Ein Herpes zoster generalisatus ist auszuschließen.

Nobl: Die Ähnlichkeit des beachtenswerten Krankheitsbildes mit den immerhin recht seltenen Formen generalisierter Zosterausbrüche ist eine nur ganz flüchtige. Es fehlt allerorten die den Zosterblüten eigene Colliquation, die bei so reichen Aussaaten sicherlich vielfach zum Ausdruck käme. Auch ist es mir nicht geläufig, daß eine Generalisierung vom primären systematisierten Herd durch mehrwöchige Intervalle getrennt wäre — was man hier ja annehmen



müßte. In der mir untergekommenen Serie des generalisierten Prozesses lag stets das Symptomenbild des gangräneszierenden Z. ophthalmicus resp. intercostalis in Gemeinschaft mit den dispersen Aussaaten vor.

M. Oppenheim: Der erste Eindruck des Exanthems war der eines Lichen urticatus ex epizois. Aber die Lokalisation, die eigentümliche symmetrische Anordnung der Efflorescenzen veranlaßten mich, diese Diagnose fallen zu lassen. Gegen Herpes zoster generalisatus spricht das heftige Jucken, die Anordnung in Streifen, das lange Zeitintervall zwischen dem Auftreten des Herpes zoster der Stirn (vor 6 Wochen) und dem des Exanthems, 3 Wochen später. Ich denke schon an den Zusammenhang des Exanthems mit der Stomatitis und führe die Erkrankung auf unsere jetzigen abnormen Verhältnisse sowohl in der Ernährung als auch in der Konstitution zurück.

4. Einen 65jährigen Fiakerkutscher mit einem Ulcus penis, dessen Diagnose nicht leicht ist. Es besteht Paraphimose; entsprechend dem Einschnürungsring findet sich ein fast die ganze Circumferenz des Penis umgreifendes, rinnenförmiges, etwa 5 mm breites Ulcus mit zum Teil weithin unterminierten und zugeschärften, zum Teil etwas überhängenden Rändern. Die Basis ist glatt, wenig fibrinös belegt und leicht induziert. Die Ränder sind sehr derb und scharf von der Umgebung abgesetzt. Die Entzündungserscheinungen in der Umgebung sind sehr geringe. Dorsal läßt sich ein harter, rosenkranzähnlicher Lymphstrang tasten, der unmittelbar in den harten Dorsalrand des Ulcus übergeht und an der Peniswurzel einen erbsengroßen, sehr harten Knoten zeigt. Die Inguinaldrüsen sind beiderseits, besonders rechts induriert, rund, schmerzlos, bis zu Haselnußgröße geschwollen.

Es ist zu entscheiden, ob wir es mit einem Epitheliom oder einem Ulcus traumaticum penis zu tun haben. Die Anamnese spricht für ein traumatisches Ulcus. Patient gibt an, vor 7 Monaten eine Paraphimose erworben zu haben und eine Wunde, die daraufhin entstand, durch Monate hindurch mit Carbolöl, Carbolwasser, Jodtinktur usw. selbst behandelt zu haben, ohne einen Arzt zu konsultieren. Es wäre auch zu erwägen, daß durch derartige lange Zeit fortgesetzte Ätzungen auch ein traumatisches Ulcus in ein Epitheliom verwandelt werden kann, insbesondere unter dem Einflusse der Carbolsäure. Die endgültige Entscheidung wird die histologische Untersuchung bringen.

5. Einen 12jährigen Knaben mit typischem Lichen scrophulosorum, der wegen des Ausfalls der Pirquetschen Cutanreaktion sehr interessant ist. Man sieht am rechten Vorderarm eine sehr stark rote zum Teil blasige Inokulationsstelle von über Kreuzergröße. Entfernt von ihr, breit streifenförmig, eine Gruppe von Lichenefflorescenzen, die dem Lichen scrophulosorum der Haut gleichen. Diese Eruption trat einige Tage nach der Pirquetimpfung auf. Interessant ist hierbei, daß die inokulierte Stelle des Vorderarmes eine sehr starke quaddelartige und infiltrierte, scharf begrenzte Reaktion zeigt (bei einem Tuberkulid nichts Ungewöhnliches) und daß in der Umgebung der Reaktion, getrennt von dieser auch zeitlich später, eine Licheneruption auftritt. Eine Erklärung hierfür zu geben



ist wohl zu hypothetisch; das klinische Bild erinnert ein wenig an die Lues corymbosa.

Nobl demonstriert einen Fall exogen entstandener Hauttuberkulose in Form der Verruca necrogenica. Patient war in den ersten Kriegsjahren als Sanitätsmann in einem Etappenspital für interne Kranke beschäftigt und will dort die ersten Ansätze des Prozesses bemerkt haben. Über der Grundphalange des linken Daumens, Streckseite, sitzt ein pflaumengroßer, rot umrandeter, warzig gewucherter Herd von besonderer Derbheit. Das Bild nähert sich sehr der Riehl-Paltaufschen Variante: der Tuberculosis verrucosa cutis, doch fehlen an den Randsegmenten die Anzeichen stärkerer Exsudation in Form der miliaren Abscesse. Überhaupt ist in den letzten Jahren das typische Bild der Riehlschen Dermatose von N. kaum mehr gesehen worden. Möglicherweise waren die untersuchten Fälle schon älteren Bestandes.

Riehl reiht den demonstrierten Fall unter die Tuberculosis verrucosa ein; er zeigt ein Stadium, in welchem die komplizierenden Eiterungen fehlen, wie das bei der Tuberculosis verrucosa vor der Spontanheilung häufig gesehen wird.

Volk:

1. Fall von Trichophytie in Form eines Herpes iris mit 5 geschlossenen Kreisen.

2. 16jährige Patientin, welche an einem Ausschlag seit 5 Jahren leidet, der sie ab und zu juckt. Seit 4 Wochen Drüsenschwellung unter dem linken Unterkiefer.

An den oberen, weniger an den unteren Extremitäten linsen- bis daumennagelgroße, nicht infiltrierte, leicht gelblich verfärbte Hautstellen. Größere ovale Plaques finden sich am Stamme von gelbrötlicher bis braunvioletter Farbe, welche stellenweise eine leichte Infiltration aufweisen, die Hautfelderung ist sehr deutlich ausgeprägt. Die erkrankten Stellen sind mit ziemlich fest haftenden kleienförmigen Schuppen bedeckt, nach deren Entfernung nirgends punktförmige Blutung auftritt. Auf Glasdruck bleibt ein leicht gelblicher Farbenton zurück.

Die Erkrankung ist in die Gruppe der Parapsoriases en plaques disseminées (Brocq) zu zählen. Das tuberkulöse Lymphom kann wohl nicht im Sinne Civattes verwendet werden, als ob die Parapsoriasis als Tuberkulid aufzufassen wäre, sondern ist nur ein zufälliger, gleichzeitiger Befund. Die Tuberkulinreaktion ergab auch eine starke Allgemeinreaktion, während die Hauterscheinungen ganz unbeeinflußt blieben.

Sachs: Die einzelnen Herde machen nicht den Eindruck einer herdförmigen Erythrodermie, sondern den eines herdförmigen Ekzems vom Charakter des Eczema scrophulosorum.

3. Eine 36jährige Patientin mit Lupus pernio.

Dauer der Erkrankung $1^1/_2$ Jahre; angeblich im Anschlusse an eine Impfung sei das Gesicht unter Fieber angeschwollen, die „Wimmerln" seien erst später aufgetreten.



Nase und Augenlider, weniger beide Backen, gedunsen, blaurot verfärbt. Die Schwellung der Augenlider fühlt sich pastös an, setzt sich an den Augenbrauen ziemlich scharf nach oben ab; durch dieselbe ist die Lidspalte stark verengert. — Das Ödem der Nasenhaut ist im oberen Drittel teigig weich, im unteren Teil ziemlich derb. — An beiden Wangen, den Nasenflügeln, der Oberlippe finden sich flach erhabene braune, derbe Infiltrate, welche ziemlich tief in die Cutis reichen und sich stellenweise am Rande in Knötchen auflösen; solche einzelstehende bis linsengroße Knötchen von tiefbrauner Farbe, ziemlicher Derbheit, so daß eine Sonde nur schwer eindringt, zerstreut in den Seitenteilen der Wange. Daneben tastet man besonders in der rechten Wange ein derbes, subcutan-cutan gelgenes Infiltrat; ein ähnliches mehr plattenförmiges, von dem einzelne Stränge ausgehen, liegt unter dem Kinn, die Haut darüber etwas gerötet.

Am linken Ober- und Unterarm zahlreiche derbe Knoten, die subcutan-cutan gelegen stellenweise ineinander übergehen, von denen einige von braun verfärbter Haut bedeckt sind und eine zentrale Delle zeigen; nirgends eine Perforation vorhanden. Ähnliche einzelstehende bis haselnußgroße Knoten auch am rechten Oberarm in der Gegend des Ellbogengelenkes.

Ein erbsengroßes Knötchen findet sich am weichen Gaumen links und fühlt sich ebenfalls derb an.

Der linke Mittelfinger ist in der Grundphalanx verdickt, die Weichteile pastös. — Im Röntgenbilde zeigt sich auch eine Veränderung des Knochens, indem die Spongiosa auf Kosten der Corticalis viel stärker entwickelt ist, auch ist letztere von außen her an einer Stelle leicht konsumiert. — Diese Knochenveränderung kann derzeit nicht als spezifisch aufgefaßt werden, sondern als sekundäre, von der Hautaffektion abhängige.

Auf AT. reagierte die Patientin weder allgemein noch lokal. — Die vorläufige Durchsicht von mikroskopischen Schnitten ergab jene knotenförmigen Infiltrate, wie sie für den Lupus pernio charakteristisch sind.

Ullmann: 3 Fälle von Trichophytie, und zwar eine Folliculitis agminata Leloir, eine großknotige Form von Sycosis parasitaria barbae und einen Herpes tonsurans squamosus in Form einer langen, etwas gewellten Linie von etwa 2 mm Breite, die sich von beiden Schulterwölbungen über den Nacken bis ziemlich weit in die behaarte Kopfhaut hinaufzieht, stellenweise ekzematoiden Charakter angenommen hat. Die Dauer der Infektion in letzterem Fall beträgt über ein halbes Jahr. Patient war bisher nicht in ärztlicher Behandlung und dürfte die Infektion beim Haarschneiden erlitten haben, da er sich stets selbst rasiert hat.

Die Dauer der anderen beiden Fälle beträgt etwa 4 bzw. 3 Monate. Bei der Sycosis parasitaria hatten 16 vorangegangene Röntgenbehandlungen keinen sichtbaren Erfolg gehabt, offenbar wegen un-

zweckmäßiger Technik. An zahlreichen Haaren verschiedener Stellen waren deutliche Pilzelemente großsporiger Trichophytie im Mikroskop zu erkennen. Zwei intradermale Injektionen von Trochophytinvaccine (Höchst) haben in der kurzen Zeit von 8—10 Tagen die großen Knoten zum Schrumpfen gebracht. Auch bei der Folliculitis agminata hat sich die Vaccine sehr gut bewährt, wird aber, wie bei jeder älteren Infektion mit Staphylokokkenvaccine fortgesetzt. Ich ziehe die Vaccinebehandlung der Röntgenbehandlung in allen jenen Fällen vor, wo es sich um sehr zahlreiche, an verschiedenen Stellen befindliche Herde handelt, da sie zusammen mit der einfachen Epilation auch genügt und durch Herbeiführung eines gewissen Grades von Immunität die Entstehung neuer Herde verhütet, während solche auch nach Röntgenbehandlung doch oft zutage treten. Jedenfalls ist aber die Röntgenbehandlung ein sicheres radikales Verfahren für tiefsitzende Einzelherde und ist mit starken, etwas gefilterten Dosen ($1^1/_2$ Erythemdosis) einzeitig durchzuführen, weil gerade dadurch das infektiöse Stadium abgekürzt wird.

Daß es jetzt so viel knotige Formen gibt, die im Beginne der Wiener Epidemie zu Anfang dieses Jahres besonders häufig waren, liegt offenbar darin, daß die Pilze noch stärker virulent, weil von den Soldaten, die sich von Tieren, Pferden, Rindern infiziert hatten, in die Wiener Rasierstuben gebracht wurden, und die Infektion innerhalb der Rasierstuben sich allmählich wieder durch die oftmalige Passage der Haut milder gestaltet und dann die uns bekannten Formen von Kreisen und Bläschengruppen und schuppenden bis ekzematoiden Formen annimmt.

Riehl zeigt einen Fall von Lichen ruber verrucosus ganz ungewöhnlicher Form und Lokalisation. Der Fall wird ausführlich publiziert.

Nobl: Äußerungen des Lichen ruber planus in Form mächtiger perianaler Vegetationen, wie der Patient sie darbietet, dürften kaum je zur Beobachtung gekommen sein. Wie wir wissen, drängt die Ähnlichkeit mit vegetierenden syphilitischen Papeln sich auch bei den nicht zu selten im Bereiche des Genitales und der Aftergegend zuerst sich äußernden Formen des Pemphigus vegetans auf. Ich erinnere mich eines Falles (verheiratete Schwester eines Kollegen), bei dem ein Führer der Wiener Dermatologenschule anfänglich Syphilis diagnostizierte und die Genitalläsionen als breite Condylome ansprach.

Kerl demonstriert aus der Klinik Riehl:

1. Zwei Knaben mit typischen Mikrosporieherden am Capillitium und verweist darauf, daß seit dem von Schramek und Stein beobachteten gehäuften Auftreten der Mikrosporie im Jahre 1910 bis jetzt während des ganzen Krieges derartige Fälle nicht in der Klinik gesehen wurden. Erst in jüngster Zeit waren die Fälle wieder zahlreicher und stammen aus bestimmten Schulen des 2. und 21. Bezirkes. Der Bruder des einen kleinen Patienten zeigt klinisch Erscheinungen eines Herpes tonsurans des Capillitiums. Es fanden sich neben den Herden auf dem Kopf auch typische Hautherde am Nacken



mit zentraler Abheilung und entzündlichem Knötchenwall am Rande. Die klinischen Erscheinungen sprechen bei dem kleinen Patienten für eine Trichophytie.

Die nachträglich vorgenommene mikroskopische Untersuchung hat ergeben, daß es sich trotz des klinischen Bildes, das voll dem Herpes tonsurans entspricht, um eine Mikrosporie handelt.

2. Einen 26jährigen Luetiker mit einer ausgebreiteten, fast universellen Dermatitis. Der Patient infizierte sich 1916 und wurde mit Quecksilber und Salvarsan behandelt. In dieser Zeit traten wiederholt Hautentzündungen, die sich am Körper ausbreiteten, auf. Das nunmehr im Abklingen begriffene Exanthem hatte scarlatiniformen Charakter. Es kam differentialdiagnostisch eventuell eine Dermatitis nach Salvarsan in Frage, oder mit Rücksicht auf die häufigen Rezidive ein chronisches rezidivierendes Erythem.

3. Eine wiederholt schon in der Gesellschaft demonstrierte Patientin mit multiplen Epitheliomen auf Basis von senilen und seborrhoischen Warzen. Nunmehr findet sich in der linken Ohrmuschel ein auf den äußeren Gehörgang übergreifendes, tief zerfallenes Carcinom.

4. Einen Fall von pustulöser Lues.

Lipschütz hält den angekündigten Vortrag über „Hautveränderungen bei Tieren". Der Vortragende bespricht: 1. Die Sarcoptesräude der Ratten, 2. eine endemisch aufgetretene Räude bei Laboratoriumsmäusen, wahrscheinlich bedingt durch schuppenfressende Milben (Dermatophagus), 3. experimentell erzeugte Hautveränderungen beim Huhn durch Injektion des Rousschen Hühnersarkoms und 4. experimentell erzeugte Hautsarkome bei der Maus durch cutane Transplantation des Mäusesarkoms. Der Vortrag erscheint später ausführlich in der „Wiener klinischen Wochenschrift".

Sitzung vom 15. Mai 1919.

Vorsitzender: Volk. Schriftführer: Planner.

Oppenheim demonstriert:

1. Einen 42jährigen Friseur, bei dem die Haut die klinischen Erscheinungen wie bei Pellagra zeigt. Patient erkrankte im Winter 1918 an Diarrhöen, die durch 14 Tage bestanden; gleichzeitig traten eigentümliche Krämpfe an den oberen Extremitäten und rote Flecke im Gesicht, an Ellbogen und Handrücken und in der Kreuzgegend auf, die heftiges Brennen verursachten. Wegen seiner Krämpfe suchte der Kranke das Ambulatorium Prof. Erbens auf, der ihn wegen seines Hautleidens mir überstellte, nachdem er die Diagnose Tetanie festgestellt hatte.



Der Kranke zeigt das Gesicht dunkler gefärbt mit dunkelbraunen, ephelidenähnlichen Flecken wie übersät, hinter den Ohren beiderseits diffus braune Pigmentierung, die Ohrränder braunrot von leicht warziger Beschaffenheit. Über den Streckseiten der Ellbogen, vom unteren Drittel des Oberarmes bis in die Mitte des Vorderarmes reichend ziehen beiderseits symmetrisch zwei dreifingerbreite, braungelbe, verdickte, oberflächlich rauhe und kleinlamellös abschuppende Streifen, deren Ränder teilweise in lebhaft gerötete, aber sonst unveränderte, scharf gegen die gesunde Haut abgegrenzte Zonen übergehen. Die Hand- und Fingerrücken beiderseits dunkelbraun gefärbt, rauh, abschilfernd, die Felderung der Haut deutlicher ausgeprägt, proximal manschettenförmig über dem Handgelenk gegen die gesunde Vorderarmhaut scharf abgegrenzt. Analog veränderte Hautstellen bestehen zu beiden Seiten der Afterfurche in der Glutaealgegend, in der Sitzknochengegend, über den Streckseiten der Kniegelenke bandartig und ebenso über den Streckseiten der Sprunggelenke von der großen Zehe über den Fußrücken und das Sprunggelenk auf den Unterschenkel ziehend. Die Ränder dieser Hautzonen gehen entweder allmählich unter Nachlassen der Pigmentierung und Verdickung in die normale Haut über, oder sie besitzen erythematöse Säume, oder sie grenzen sich auch mit scharfen Konturen gegen die gesunde Umgebung ab. Auch sonst findet man am Körper zerstreut oft eckig begrenzte Erythemflecke. Diese treten plötzlich auf und verschwinden sehr bald spurlos oder mit Hinterlassung einer gelben Verfärbung. Sehr auffallend ist die symmetrische Anordnung der Affektion. Die Urinuntersuchung (Dozent Dr. Hausmann) ergab keine sensibilisierenden Substanzen; Blutbefund, Stuhlbefund ziemlich normal; interne Untersuchung bis auf leichten Grad von Tetaniesymptomen negativ. Versuche mit Finsenlicht zur Feststellung von Lichtüberempfindlichkeit von Dozent D. Volk angestellt negativ. Der histologische Befund ergibt Hyperämie im subpapillären Gefäßnetz, Hyperkeratose und Hyperpigmentation. Patient hat seit September 1916 kein Maisbrot gegessen. Über einen echten Fall von Pellagra, der von der Front heimgekehrt an Kachexie unter profusen Diarrhöen starb, habe ich bereits berichtet. Die Photographie eines zweiten Falles aus meiner Kassenambulanz sei jetzt demonstriert. Bei einer 25jährigen Frau symmetrische Erytheme an den nicht bedeckten Hautstellen, ein sehr ausgeprägtes Carelsches Halsband, Verdickungen und Hyperkeratosen und dunkle Verfärbungen im Gesicht, Handrücken, Fußrücken, Streckseiten der Knie und Nates. Bei dieser Kranken konnte eine Vorliebe für Maisbrot und -grieß festgestellt werden.

Der vorgestellte Fall bietet zweifellos das Bild einer pellagrösen Hauterkrankung; zum vollen Bilde der Pellagra fehlen Diarrhöen und psychische Symptome. Tetanie wurde bei Pellagrösen beobachtet. Er kann vielleicht als Abortivfall einer Pellagra oder mit



Jadassohn als Pellagroid aufgefaßt werden. Die Ursache liegt offenbar in der abnormen Nahrung, die die Haut gegen Schädlichkeiten, wie Licht, Druck, Kleiderreibung sensibilisiert. Daher die Lokalisation der Erkrankung.

Nobl: Mit Gefäßektasien, Hyperkeratose und Pigmentation einhergehende Erytheme unbekannter Abstammung sind in letzter Zeit vielfach auf Nahrungsschäden bezogen worden, ohne daß hierfür stringente Beweise beigebracht werden konnten. Die beim Patienten vorangegangenen tetanoiden Störungen, d. h. Tetanieerscheinungen würden auch in Richtung der Mutterkornvergiftung weisen (auch hierbei kann die Haut in Mitleidenschaft gezogen sein). Daß die vermuteten Voraussetzungen jedoch nicht immer vertreten werden können, beweisen die Verfütterungsreihen H. Schlesingers (Wien. klin. Wochenschr. 1918). In großen Mengen der Nahrung beigegebene Sekalepräparate haben bei den anderweitig Kranken nicht die geringsten, auf Mutterkornvergiftung hinweisenden Veränderungen auszulösen vermocht.

Oppenheim: Die klinischen Symptome entsprechen genau den Abbildungen in Merks Atlas und den Beschreibungen. Ebenso der Verlauf. Auch die Tetanie wird z. B. in der Zusammenstellung vnn Finger in Eulenburgs Realenzyklopädie als häufigeres Begleitsymptom erwähnt. Es sei mit diesem Fall die Aufmerksamkeit auf den charakteristischen Hautsymptomenkomplex gelenkt; vielleicht werden sich derartige Fälle mehren.

2. Einen 33jährigen Kranken mit Syphilis framboesiformis der behaarten Kopfhaut. Man sieht tumorähnliche Wucherungen, disseminiert von Erbsen- bis zu Kleinapfelgröße, teils rund, teils oval, teils polycyklisch konturiert, von graugelber Farbe, grobwarziger und kleinhöckeriger Oberfläche, die zum Teil mit Krusten bedeckt sind. Die Haare fehlen im Bereiche der Tumoren stellenweise, die vorhandenen sind zu Büscheln vereinigt oder einzelnstehend und fest eingepflanzt. Die Geschwülste sind schmerzlos, von derber Konsistenz, auf Druck keine Eiterpfröpfe zeigend; die Haut der Umgebung ist normal. Die Differentialdiagnose im Hinblick auf tiefe Trichophytie war schwierig. Das Fehlen von Entzündungserscheinungen jedoch, das Festsitzen der Haare, das Vorhandensein anderweitiger Syphilissymptome (Papulae ani, Knötchensyphilid im Gesicht) sowie der Mangel an Eiterungen zeigten den richtigen Weg. Die Anamnese ist negativ; es läßt sich auch kein Primäraffekt nachweisen.

Kren: Differentialdiagnostisch kommt für den Fall noch das Bromoderm in Betracht, das am Capillitium und den Zehen mit Vorliebe sich lokalisiert.

3. Einen 18jährigen Burschen mit einem ausgedehnten Lichen scrophulosorum, der auf Pirquetsche Impfungen hin, vier wurden in Intervallen von zwei bis drei Tagen gemacht, im Rückgange begriffen ist. Die Knötchen sind viel flacher geworden, zum Teil verschwunden, viele schuppen deutlich. Die Pirquet-Reaktionen verliefen immer stärker, die letzte am Oberarme zeigt Zerfall, Licheneruption in der Umgebung und Lymphangiositis gegen die Achselhöhle zu.

4. Einen 25jährigen Arbeiter mit Lichen ruber planus verrucosus — Eruption des rechten Ober- und Unterschenkels längs der varikösen Vena saphena interna. Einen analogen,



noch stärker ausgeprägten Fall habe ich hier 1909 vorgestellt und in der Wiener med. Wochenschr. publiziert. Später konnte ich noch einen zweiten Fall demonstrieren.

Man sieht in der Tat bei dem Fall, entsprechend den varikös erweiterten Venen an Ober- und Unterschenkel, namentlich auf letzterem, die starken verrucös gewordenen Lichen ruber-Eruptionen, die bis Talergröße erreichen. Die ganze übrige Haut des Körpers ist frei.

Nobl: Das regionäre Zusammentreffen von Lichen planus-Schüben in der Flucht varikös entarteter Schenkelvenen ist nicht zu selten, ebenso darf die Bildung verrucöser Herde der Flechte an den Unterschenkeln als sehr häufiges Vorkommnis betrachtet werden. Der im Stauungsgebiet bestehende Juckreiz mag bei bestehender Bereitschaft des Lichen zur Ausbreitung für das massierte Auftreten der Blüten im varikösen Bereich bestimmend sein. Es ist nicht anzunehmen, daß hier tiefere Wechselbeziehung zu Recht bestehen.

Oppenheim: Meine in der erwähnten Publikation gegebene Erklärung für diese auffallende Tatsache — Entwicklung eines Lichen ruber planus bei Venektasien — halte ich auch heute noch aufrecht. Der von der erweiterten und verdickten Vene auf die Haut ausgeübte Zug oder Druck veranlaßt die Hauteruption nach dem Gesetze der spezifischen Reizung. Wölben die erwähnten Venen die Haut empor, so kommt auch Kleiderreibung usw. in Betracht.

Krüger stellt aus der Abteilung Oppenheim aus dem Kriegsspital 1 einen Fall von Psorospermosis follicularis Darier vor.

Der 55jährige Patient klagt über Hautjucken, das ungefähr ein halbes Jahr dauern soll, seit einem Jahr sollen angeblich die schwarzen Flecke und Warzen auf dem Rücken und in der Bauchgegend entstanden sein.

Man sieht entsprechend der Kleiderfurche, in beiden Achselhöhlen, in der Inguinalgegend, am Rücken, namentlich in der hinteren Schweißfurche, über den Schulterblättern und in der Kreuzbeingegend zahlreiche, hirsekorn- bis linsengroße, zum Teil elevierte, zum Teil in Gruppen konfluierte gelbe bis dunkelbraun gefärbte, scharf begrenzte Efflorescenzen, die an der Oberfläche eine warzige Beschaffenheit zeigen und sich derb anfühlen. Manche dieser Efflorescenzen sind zentral gedellt, ohne Schuppen.

Die Efflorescenzen in der Kleiderfurche zeigen eine mehr blasse Farbe, während die auf dem Rücken und über den Schultern mehr braunschwarz gefärbt sind.

Die dazwischen liegende Haut ist normal. Am Handrücken sieht man mehr flache und nicht pigmentierte, warzige Efflorescenzen bis zu Erbsengröße. Hinter den Ohren und in der Schläfengegend bemerkt man zahlreiche Efflorescenzen von derselben Beschaffenheit wie am Rücken.

Die Nägel sind aufgebogen, parallel gerieft und am freien Rand gespalten; die Nägel der Füße zeigen noch deutlicher dieselben Veränderungen. Mundschleimhaut und Flachhände sind frei.

Auch die histologische Untersuchung hat die Diagnose Darierscher Krankheit bestätigt: Die Epidermis ist fast in allen Schichten



verdickt. Nebst Andeutung einer Lückenbildung in den unteren Schichten des Rete Malpighii finden sich in der Epidermis jene eigentümliche Zellformen, die von Darier als „grains und Corps ronds" beschrieben wurden.

Rusch demonstriert ein 19jähriges Mädchen mit einem über Stamm und Extremitäten verbreiteten Knötchenausschlag, der bei oberflächlicher Besichtigung die größte Ähnlichkeit mit einem syphilitischen Knotenexanthem zeigt. Die nähere Untersuchung läßt erkennen, daß es sich um einen Fall einer hämorrhagisch-exsudativen Form von Pityriasis lichenoides handelt, wie er zuerst von Mucha (Archiv **123**) beschrieben wurde und an einem zweiten Beispiel vom Vortragenden im Jahre 1918 hierorts (Wiener klin. Wochenschr. **31,** 31) vorgestellt wurde. Es läßt sich erwarten, daß auch bei dieser Patientin der papulöse bzw. papulo-krustöse Ausschlag, der seit 4 Wochen besteht und auch histologisch jenen Beispielen völlig gleicht, spontan in absehbarer Zeit heilen wird. Diesfalls hätte man es mit einem neuen Typus der Neisser-Jadassohnschen Erkrankung, mit einer Pityriasis lichenoides acuta zu tun.

Gross: Wir haben bisher die Pityriasis lichenoides für eine therapeutisch schwer oder gar nicht beeinflußbare Krankheit gehalten. Ich habe in Übereinstimmung mit der Beobachtung von Rusch in letzter Zeit einige Fälle gesehen, die (unter Arsen) prompte restitutio ad integrum erfuhren.

Pick demonstriert ein 18jähriges Mädchen mit einer ungewöhnlichen Urticariaform. Patientin gibt an, vor fünf Tagen gelegentlich eines Ausflugs auf einer Wiese gerastet zu haben. Schon nach kurzer Zeit hätte sie heftiges Jucken, besonders an den oberen Brust- und Rückenpartien sowie an den Unterschenkeln verspürt und hätte deshalb auch die Wiese bald verlassen. Zwei Damen, die sich in ihrer Gesellschaft befanden, hätten die gleiche Erscheinung, nur in geringerem Maße beobachtet.

Gegenwärtig zeigt Patientin am ganzen Stamm, besonders an den oberen Brust- und Rückenpartien, an den Oberarmen und Unterschenkeln ein juckendes Exanthem, dessen frische Efflorescenzen sich als kleinere und größere hellrot gefärbte Quaddeln darstellen. Zum Teil sind die Quaddeln follikulär gestellt. Zwischen den frischen Efflorescenzen finden sich ältere eingestreut, besonders am Stamm, und diese erscheinen als deutlich blau gefärbte Flecke, mit unscharfem Rand, in deren Zentrum sich eine stecknadelkopfgroße weiße atrophische Stelle findet, welche dem Follikel entspricht.

Die Suche nach irgendwelchen Epizoen ergab ein negatives Resultat. Auch Raupenhaare konnten nicht nachgewisen werden.

Die Affektion ist inzwischen unter indifferenter Behandlung nach dreiwöchentlicher Dauer restlos abgeheilt.

Volk demonstriert:

1. 11jähriger Knabe mit Caries, Lymphomata colli, Scrophuloderma, dessen Stamm fast in toto von einem lichenoiden Exanthem



bedeckt ist; nur an einzelnen Stellen sind isolierte bis stecknadelkopfgroße, gelbrötliche, zum Teil mit einer Schuppe bedeckte Knötchen zu erkennen, während sie zumeist zu größeren oder kleineren ovalen Plaques oder Ringformen miteinander konfluieren. An den oberen und unteren Extremitäten finden sich mehr Einzelknötchen; daneben größere, bis linsengroße, braune, flacherhabene Efflorescenzen, von denen mehrere an der Kuppe eine gelbe, stecknadelspitzgroße Nekrose aufweisen. — Der Patient bietet demnach neben einer Tbc. lichenoides eine Tuberculosis papulo-necrotica.

2. Bei der Patientin besteht ein Lupus erythematosus seit 12 Jahren, der die Nase, beide Wangen und auch das Lippenrot der Unterlippe ergriffen hat. Daneben finden sich an der Schleimhaut beider Backen äußerst feine grauweiße Striche und Stippchen auf leicht infiltriertem Grunde; der Rand dieser Affektion ist deutlich lebhafter rot gefärbt als die umgebende Schleimhaut. Es handelt sich um Erythematosusplaques an der Backenschleimhaut, was immerhin nicht zu den häufigen Vorkommnissen gehört.

Kren möchte sich über die Diagnose des Falles, soweit er an der Gesichtshaut lokalisiert ist, nicht äußern, da die zugrunde liegende Affektion derart sekundär durch Entzündung verändert ist, daß eine Diagnose derzeit nicht mit Sicherheit zu stellen ist. Was aber die Schleimhaut-Affektion anlangt, so stellt sich diese als ein typischer Lupus erythematodes dar. Die Schwellung der Lippen spricht keineswegs dagegen, ebenso die Ulceration der Lippen- und Wangenschleimhaut nicht, denn der Lupus erythematodes ulceriert hier relativ häufig.

Fischl stellt aus der Abteilung Professor Ehrmann einen 72jährigen Patienten mit einem sehr ausgesprochenen Rhinophyma vor. Die Nase ist in einen blauvioletten, knolligen, fast hühnereigroßen Tumor verwandelt, rechts und links von demselben hängen etwas kleinere, sich an den Nasenflügeln ansetzende, pendulierende, ähnliche Geschwülste herab. Das Leiden besteht seit 17 Jahren. Starker Potus zugegeben. Der Kranke verweigert die technisch leicht durchführbare operative Entfernung der zwei seitlichen Geschwülste.

Perutz stellt aus der Abteilung Professor Ehrmann ein 12jähriges Mädchen vor, die eine haarlose, im Zentrum leicht atrophische Stelle der behaarten Kopfhaut hat, die er für Lupus erythematodes hält.

Kren: Bei der großen Seltenheit des Lupus erythematodes im Kindesalter möchte Kren um so mehr darauf Gewicht legen, daß dieser Fall nicht in der Literatur weiter geschleppt werde; denn bei dem Fehlen jeder entzündlichen Erscheinung, bei dem völligen Intaktsein der Follikel und dem vorhandenen kreisförmigen Haarnachwuchs an der haarlosen Stelle kann Kren nur eine Alopecia areata, niemals aber einen Lupus erythematodes diagnostizieren. Die einzige kleine deprimierte Narbe im Zentrum entspricht vielleicht einer abgeheilten ulcerierten Impetigopustel.

Nobl: Normale resp. stellenweise pigmentarme Hautfarbe, aller Orten erhaltene Follikularstruktur, Fehlen von Gefäßerweiterungen, dazu noch die allerdings nicht zu häufige ringförmige Haarregeneration im Bereiche der scharf abgesetzten kahlen Scheibe bilden die unverrückbaren Wesenszeichen der neurotischen Alopecie.



Kren weist noch einmal darauf hin, daß aus Narben keine Diagnosen gemacht werden dürfen. Bei Kindern gibt es oft auf dem Capillitium kleine ulcerierte Impetigines, die zu Narben führen.

Maßgebend sind bloß primäre Efflorescenzen. Entzündliche Erscheinungen fehlen aber vollständig, und die Follikel sind völlig intakt. Der ringförmige Haarwuchs ist bei der Areata geradezu klassisch. — Kren kann deshalb nur nochmals betonen, daß hier eine typische Alopecia areata vorliegt.

Lipschütz demonstriert in Ergänzung der in der letzten Sitzung gemachten Mitteilungen über „Hautveränderungen bei Tieren":

1. Eine Dermatocoptesräude beim Kaninchen, die ausschließlich am Stamm lokalisiert ist.

2. Das klinische Bild und histologische Präparate des Epithelioma contagiosum der Tauben.

Sitzung vom 5. Juni 1919.

Vorsitzender: Kerl. Schriftführer: Planner.

Sachs demonstriert einen 67 Jahre alten Patienten mit einer auf die Haut des Stammes und der Innenfläche beider oberen Extremitäten lokalisierten Dermatitis atrophicans. In der rechten Lendengegend findet sich ein handtellergroßer, etwas frischerer Herd. Die Haut an diesen Stellen ist braunrötlich gefärbt, fettarm, gefältelt, läßt sich leicht in Falten abheben, schuppend, es scheinen durch diese verdünnte Haut nur wenige erweiterte Gefäße durch. An beiden unteren Extremitäten besteht eine Dermatitis infolge von Varicen. Die Haut des Stammes, speziell die des Krankheitsherdes, ist artifiziell nicht gereizt. Die Krankheitsdauer beträgt 15 Jahre.

Nobl demonstriert:

1. Systemisierte Knötchenbestände an der linken Brustseite eines 20jährigen Mädchens, welche nach Aussehen und Beschaffenheit der „Weißfleckenkrankheit" entsprechen. Miliäre, kaum erhabene, sehnig weißglänzende Elemente dichtester Einstreuung bestreiten das Bild. Trotz der Angabe, erst seit 2 Jahren die Veränderung zu verfolgen, muß der Naevuscharakter des Zustandes vertreten werden.

2. Eine aus schütteren Gefäßverzweigungen bestehende rudimentäre Naevusbildung längs des rechten Armes einer 18jährigen Verkäuferin. Die mit Aussparung ausgedehnter normaler Bezirke vom Schultergürtel bis zum Handrücken reichenden Zeichnungen gleichen jenen feinsten Blutaustritten, die nach heftigem Reiben (Bürste) an zarten Hautdecken entstehen. Daß die Gefäßektasien trotz ihrer fast capillären Feinheit ein Verdrängen ihres Inhaltes nicht gestatten, deutet auf angiomatöse Septierung hin.

3. Einen vielherdigen Lupus erythematosus des Gesichtes, dessen stark exsudative Komponenten — gleich dem vor kurzen von Volk gezeigten Fall — das Leiden etwas verschleiern.



Es handelt sich um Reizerscheinungen, die auf Höhensonnenbehandlung zurückzuführen sind. Besonders befriedigend scheint der Erfolg auch dem behandelnden Kollegen nicht gewesen zu sein; denn während einer halbjährigen Beobachtungsfrist zog er 10—12mal dieses Heilverfahren heran (Linz). Das Anzeigegebiet der künstlichen Höhensonne hat seit Aufnahme der suggestiven Lichtquelle ins Instrumentarium selbst der bescheidensten Praktiker, fast unbegrenzte Dimensionen angenommen. Dabei scheint den kurzwelligen Strahlen der Uviollampe geradezu legendäre Tiefenwirkung zugemutet werden. Wie wäre es sonst denkbar, daß (hierfür habe ich Belege) die als besonders heilsam gerühmte Bestrahlung seborrhoischer Zustände der Damen bei aufgesteckten Frisuren! besorgt wird.

4. Einen Fall von Lichen ruber planus verrucosus in wenig geläufiger Lokalisation. N. erinnert an den in einer der letzten Sitzungen demonstrierten Fall Riehls, der mit Recht als Unikum zu betrachten war. Es handelte sich um eine perianale Aussaat plateauähnlich gewucherter Efflorescenzen, deren Summe täuschend das Bild breiter Condylome nachahmte. Bei dem demonstrierten Fall N. ist eine kindsfaustgroße verrucöse, schneeweiß erscheinende Scheibe in der Kreuzbeingegend und Gesäßfurche auffällig, deren Zugehörigkeit zum Lichen ruber planus kaum vertreten werden könnte, wenn nicht gleichzeitig am typischen Standort der hornigen Variante des Übels, nämlich den Unterschenkeln, gleichzeitig charakteristische Läsionen bestünden. Überdies zeigt der Kranke in sehr instruktiver Weise den dentritisch verzweigten und girlandenförmig angeordneten Schleimhautlichen an den oralen Wangenflächen.

Königstein: a) Erysipeloid; b) Scrophuloderma und Lichen scrophulosorum.

Pick demonstriert einen Fall von Vaselindermatitis.

Mucha demonstriert:

1. Eine 42jährige Frau, die seit mehr als einem halben Jahre an einem überaus stark juckendem Ausschlage leidet. Es finden sich an der Haut des Stammes und der Extremitäten zahlreiche, hellrot gefärbte kleine papulöse Effloreszenzen, die vielfach an der Kuppe eine kleine, braunrot gefärbte Borke eingetrockneten Blutes tragen. Die Haut zeigt im allgemeinen ein welkes Aussehen mit stellenweise beginnender Lichenifikation und stärkere Pigmentierung. Es wurde die Diagnose auf kleinpapulöse Urticaria gestellt und der Patientin eine Karlsbader Kur verordnet. Da weder diese noch anderweitige diätetische Behandlung den leisesten Erfolg zeitigte und sich in der rechten Supraclavicula-Grube eine indolente Lymphdrüse entwickelte, die schließlich Walnußgröße erreichte, wurde die Vermutungsdiagnose auf Lymphogranulomatosis (Sternberg) gestellt. Die auf der Abteilung des Prof. Falta vorgenommene Blutuntersuchung ergab einen Befund, der die gestellte Diagnose in hohem Maße stützte, da sie eine Vermehrung der Lymphocyten auf 20 000



mit 84% Neutrophilen ergab. Trotzdem die histologische Untersuchung der Lymphdrüsen bisher noch nicht möglich wurde, glaubt M. die früher genannte Diagnose stellen zu können und weist darauf hin, daß dies bereits der 3. Fall ist, in dem er auf Grund einer chronischen, kleinpapulösen Urticaria die Diagnose Lymphogranulomatosis stellen konnte, die durch den Blutbefund bestätigt wurde.

Nobl: Das Blutbild der Lymphogranulomatose hat so wenig Charakteristisches an sich, daß es kaum zur Festigung der Diagnose herangezogen werden kann. Auch das Phänomen des Pruritus stützt in dieser Hinsicht kaum die Annahme. Was das Auftreten regionärer Lymphknoten betrifft, so begegnet man einem solchen vielfach unter Voraussetzungen, die für die Lymphogranulomatose nicht zu Recht bestehen. Wertvoll wäre es gewesen, über die strukturelle Beschaffenheit des Halslymphompakets unterrichtet zu werden. Hierbei hat, abgesehen von der eigenartigen granulomatösen Struktur mit den großen Zellformen (Sternberg-Paltauf), die Gewebseosinophilie eine gewisse diagnostische Bedeutung.

Kren: Die Meinung des Herrn Nobl bezüglich des Blutbefundes kann ich nur teilen. Wenn auch viele Internisten meinen, daß der Lymphogranulomatosis ein mehr oder weniger spezibischer Blutbefund zukommt, so ergibt sich aus den Fällen der Literatur doch eine völlige Inkonstanz dieses Befundes, so daß aus dem Blute allein die Diagnose zu machen recht gewagt erscheint.

Ähnliches — wenn auch nicht in dem Maße — scheint aber auch für die histologische Untersuchung der Drüsen- und der Hautinfiltrate zu gelten. So hatte K. Gelegenheit, in seinem letzten Falle konstatieren zu können, daß granulomatös erkrankte Lymphdrüsen bloß das Bild der Hyperplasie geben können, und daß auch in den Hautinfiltraten die histologischen Bilder ganz verschiedentlich sich darstellen können. Man findet Infiltrate mit scheinbar ganz banalen Entzündungen, solche mit deutlicher Vermehrung der fibroblastischen Elemente ohne und mit kleinen Riesenzellen und schließlich typische an Plasma- und Sternbergschen Riesenzellen reiche, völlig charakteristische Infiltrate nebeneinander in ein und demselben Falle. Es erhellt daraus, daß auch die histologischen Bilder nicht immer so eindeutig sind, als man vor kurzem noch zu glauben berechtigt schien.

Mucha: Der Blutbefund spricht entschieden für Lymphogranulomatosis, und zwar sowohl die absolute Vermehrung der weißen Blutzellen als besonders der hohe Prozentsatz der Neutrophilen. Die kleine papulöse Urticaria ist als Frühsymptom den Internisten wohl bekannt und findet sich in den einschlägigen Lehrbüchern erwähnt.

2. Einen Patient, den er bereits seit mehr als 6 Jahren in Beobachtung hat und bei dem sich eine sehr heftige, ganz ungewöhnliche hartnäckige Stomatitis aphthosa findet, auch bei der Vorstellung zeigt Pat. an der Schleimhaut der Wangen, der Lippen, sowie unter der Zunge zahlreiche ganz typische Efflorescenzen. Die Erkrankung verläuft fast ohne Remissionen; es folgt ununterbrochen Schub auf Schub, die Affektion verursacht dem Pat. lebhafte Schmerzen, so daß die Nahrungsaufnahme sehr erschwert ist und oft auch die Nachtruhe gestört erscheint. Alle therapeutischen Maßnahmen waren bisher erfolglos, nur der direkte Kurgebrauch in Karlsbad selbst hatte 2mal Erfolg, und bestand im vollständigen Aussetzen der Erscheinungen durch je $^1/_2$ Jahr.

Scherber: Ein Fall von Stomatis aphthosa recidivans meiner Beobachtung betraf einen 30jährigen Mann, den ich vom Jahre 1905—1910 beobachtete



und der im Verlauf jedes Jahres wiederholt von Ausbrüchen meist zahlreicher, zuweilen über hellergroßer Aphthen befallen wurde; die Efflorescenzen waren meist am Mundboden und an den Lippen lokalisiert, graugelb nekrotisch belegt und ungemein schmerzhaft. Das Leiden hatte im 14. Lebensjahre begonnen und dauerte bis zum 34. Lebensjahre, um diese Zeit allmählich an Intensität und Häufigkeit der Ausbrüche abnehmend, schließlich ganz aufzuhören. Es ist bemerkenswert, daß noch 2 Geschwister des Patienten an derselben Affektion litten. Trautmann hat eine analoge Beobachtung beschrieben. Die Grundursache aller Aphthen ist sicherlich eine ganz eigenartige, und ist das primäre Moment in inneren Störungen, Verdauungs- oder innersekretorischen Abnormitäten zu suchen, die sich dann auf dem Wege durch die Nervenbahn an bestimmten Stellen als Aphthen äußern. Bei dem genannten Patienten hatte Arsen eine die Affektion zeitweilig sehr günstig beeinflussende Wirkung. Was den bakteriologischen Befund der Aphthen anbelangt, so ist derselbe nach meinen diesbezüglichen, sehr zahlreichen Untersuchungen kein einheitlicher; manchmal findet man Spirochäten mit busiformen Bacillen wie in einem Falle rezidivierender Aphthen, den ich 1906 in der Dtsch. med. Wochenschrift beschrieb, manchmal nur grampositive Kokken. Die Ansiedlung der Bakterien geschieht scheinbar erst sekundär auf dem gesetzten Substanzverlust, und ist die Art dieser Bakterien davon abhängig, welche Bakterien sich im Zahnstein, Tonsillenpfröpfen usw. gelegentlich finden und sich auf der Aphthe ansiedeln und vermehren.

Lipschütz weist auf die Arbeit von Löblowitz hin, der im Anschluß an Angaben amerikanischer Autoren eine genaue Schilderung des seltenen Leidens gegeben hat. Die Affektion ist, auch nach einer eigenen Beobachtung, ungemein hartnäckig und tritt familiär und hereditär auf. Das Primäre ist eine akute Entzündung mit Nekrobiose des Epithels, sekundär siedeln sich verschiedene Keime, meist Staphylokokken an. Ein sicherer Zusammenhang mit Magendarmstörungen ist meist nicht nachzuweisen.

Riehl bemerkt, daß das klinische Bild der rezidivierenden Stomatitis aphthosa darauf hinweist, daß die Erkrankung als eine symptomatische aufzufassen sei, meist abhängig von Alterationen des Verdauungstrakts. Die wechselnden Befunde von Bakterien und Spirochäten in den Einzeleruptionen haben sicherlich nur die Bedeutung sekundärer Einwanderung in primär durch innere Ursachen (wahrscheinlich toxischer Art) verursachte Krankheitsherde. Dem entspricht auch die Erfahrung, daß Rezidiven der Erkrankung nach Behandlung von Verdauungsanomalien oft lange ausbleiben.

R. hat gute Erfolge gesehen nach regelmäßiger Verabreichung von Tierkohle.

Kyrle demonstriert eine 34jährige Frau mit sehr ausgedehntem Lichen ruber planus. Akuter Ausbruch, die Efflorescenzen stark exsudativ, vielfach kleine Bläschen und Krüstchen. Die Wangenschleimhaut an den typischen Stellen war mit Efflorescenzen besetzt, auch am Zungenrand finden sich vereinzelte.

Volk: Die vorgestellte Patientin weist eine ausgedehnte lupöse Affektion des harten und weichen Gaumens auf, welche auch noch die Uvula ergriffen hat, und am Rande noch deutlich grauweiße bis hirsekorngroße Knötchen erkennen läßt; im Gesicht finden sich bis mandelgroße Plaques, zum Teil auch exulceriert von Lupus vulgaris. Daneben erkennt man an beiden Oberarmen kirschkern- bis walnußgroße, wenig schmerzhafte, subcutan und intracutan gelegene Knoten, von denen einzelne eine blaurot verfärbte Hautdecke zeigen und ganz dem Typus des Erythema induratum entsprechen. Auch in diesem Falle spricht das Nebeneinandervor-



kommen von Lupus und Erythema induratum für die Zugehörigkeit des letzteren zur Hauttuberkulose.

Kerl demonstriert aus der Klinik Riehl:

1. Einen 33jährigen Mediziner, der vor 3 Jahren an Cerion celsi oberhalb des linken Ohres und Herpes tonsurans erkrankt war. Seit 2 Jahren besteht nunmehr eine Affektion median am vorderen Schädeldach in Form von circumscripten überlinsengroßen, ganz wenig prominenten Herden, über denen geringe Rötung und Schuppenbildung wahrzunehmen ist. Auffallend ist, daß die Haare an Zahl nicht vermindert, jedoch alle ungefähr 1 mm über der Kopfschwarte abgebrochen sind. Aus einzelnen Follikeln sieht man auch zwei oder mehrere Haarstümpfe hervortreten. Subjektive Beschwerden bereitete das Leiden nie. Auch die histologische Untersuchung, die nur einen ins Epithel zu verlegenden pathologischen Prozeß ergab, ermöglichte nicht die Feststellung einer bestimmten Diagnose. Man sieht im histologischen Präparat die Hornschicht etwas verdickt und auffal end homogen. Körnerzellen in ungefähr 5facher Lage angeordnet und in den tieferen Partien des Rete Malpighi den Psorospermien ähnliche Gebilde. Entzündliche Veränderungen am Corium fehlen fast vollständig.

2. Eine 28jährige Frau, die wegen bestehender Psoriasis im Gesicht und an den oberen Partien des Stammes 3 Flaschen Lecivowasser, und zwar eine schwache und zwei starke, eingenommen hat und bei der nunmehr ausgedehnte Pigmentierungen im Gesicht und Hyperkeratose an den Händen nachweisbar sind, die als Folge der Arsenmedikation aufgefaßt werden müssen.

3. Eine 58jährige Frau, die im November 1918 mit Furunkeln erkrankte und später wiederholt Hautentzündungen mit heftigem Juckreiz durchmachte. Nunmehr findet man am Rücken zum Teil einzelstehende, zum Teil confluierende scheibenförmige Herde, die im Zentrum geringgradig schuppen. Die Randzone ist etwas eleviert, gelbrot gefärbt, die Herde erreichen fast Fünfkronenstückgröße. Das Infiltrat der Randpartie spricht für die Auffassung des Leidens als prämycotisches Ekzem.

4. Eine 34jährige Frau mit Morbus Recklinghausen. Das Leiden besteht angeblich erst seit dem 22. Lebensjahre. Man sieht neben fleckförmigen Pigmentierungen Fibrome in verschiedener Form, zum Teil überhängend, zum Teil im Subcutangewebe gelagert, die Haut über den tiefen Knoten auffallend bläulich verfärbt. Bemerkenswert ist das gleichzeitige Vorhandensein einer ausgebreiteten, vorwiegend im Gesicht lokalisierten Vitiligo.

5. Einen 21jährigen Burschen, bei dem vor 3 Jahren eine Affektion der Mundschleimhaut einsetzte. Man sieht median am harten Gaumen ein unregelmäßiges Geschwür mit höckeriger Basis, rings um dasselbe reichlich über hirsekorngroße, matsche, blaßrote Knötchen von weicher Konsistenz. Das Zahnfleisch zeigt die gleichen



Veränderungen, auch hier zahlreiche Knötchen, jedoch ohne geschwürigen Zerfall. Es handelt sich um einen typischen Lupus der Schleimhaut.

Kumer stellt aus der Klinik Riehl vor:

1. Einen 59jährigen Patienten, der seit einem halben Jahre an seiner jetzigen Erkrankung leidet. Die Primärefflorescenzen sind follikulär sitzende, hauptsächlich die Epidermis betreffende Elevationen, die auf geröteter Basis aufsitzen. Es bilden sich so flache Knötchen, die zusammentreten, so daß guldengroße Herde entstehen. An der Kuppe der einzelnen Efflorescenzen erscheint die Epidermis sehr verdünnt und zeigt nach ihrer Abhebung weißgraue, breiige Massen, die aus smegmaartigen Epithelzellen bestehen. Im späteren Verlaufe zeigt sich die Papillarschicht entzündlich infiltriert, die Oberfläche von festhaftenden Krusten eingenommen, durch die kleine Absceßchen durchbrechen. Die gesamte Erkrankung, die fast die ganze ulnare Seite des linken Vorderarmes einnimmt, ist durch Konfluenz solcher Gruppen in den verschiedenen Verlaufsstadien zustandegekommen. Bei der Spontanabheilung entstehen große, oberflächliche Narben.

Da die gesamte Untersuchung noch nicht abgeschlossen ist, wird seinerzeit über den Fall ausführlich berichtet werden.

2. Eine 20jährige Patientin, die seit 10 Jahren wegen ihres Leidens in ärztlicher Behandlung steht und vielfach operiert wurde. An der linken Stirne ein ausgedehntes, zur Arrodierung des Knochens führendes Ulcus, das klinisch als gummöser Prozeß erscheint. Die Probeexcision ergab, daß es sich um ein Sarkom handelt.

Sitzung vom 26. Juni 1919.

Vorsitzende: Kren, Finger. Schriftführer: Planner.

Sachs demonstriert:

1. Einen 8jährigen Knaben mit einer auf Stamm und Extremitäten lokalisierten Pityriasis lichenoides chronica, außerdem zeigt der Knabe auf der dunkel pigmentierten Nackenhaut ein deutliches Leukoderma. Wassermann negativ.

2. Einen 46 Jahre alten Patienten mit einem auf der rechten Wangenhälfte und am Halse lokalisierten Lupus vulgaris serpiginosus papillaris. In den zentralen Partien besteht eine deutliche Atrophie, in der Mitte dieser atrophischen Narbe hat sich seit November 1918 ein walnußgroßer, derber Knoten entwickelt, welcher als Epitheliom anzusprechen ist. Die histologische Untersuchung hatte die klinische Diagnose bestätigt. Die Röntgenbestrahlung hat erst nach dem Auftreten des Epithelioms eingesetzt, so daß diese für das Auftreten des Epithelioms nicht mitverantwortlich gemacht werden kann.

3. Eine 34jährige Patientin mit einem Naevus anaemicus, welcher ungefähr handtellergroß in der linken oberen Brustapertur lokalisiert ist.

Kumer stellt aus der Klinik Riehl einen Fall von Scabies vor, bei dem es an den Hohlhänden zu einer ungewöhnlichen Zahl von Milbengängen und an den Handrücken zu mächtiger Hyperkeratose kam. Die Patientin leidet an einer Muskelatrophie, einer Nervenerkrankung, bei der Anästhesien nicht bekannt sind; nach der ungewöhnlichen Entwicklung des Scabies muß man aber annehmen, daß feinere Empfindungen, wie Juckreiz, der Patientin nicht zum Bewußtsein kommen.

Riehl demonstriert anschließend mikroskopische Präparate von einem Fall von Scabies norwegica, welchen er in den 80er Jahren beschrieben hat und fügt bei, daß er im Laufe der Jahre eine Anzahl von Fällen beobachten konnte, welche den allmählichen Übergang von gewöhnlicher Scabies zur Norwegicaform zeigten. In allen Fällen saßen die Milben ausschließlich im unteren Anteil des Stratum corneum.

Luithlen stellt einen 35jährigen Mann vor, der seit 6 Wochen an einem Ausschlage leidet, der auf den ersten Blick den Eindruck einer Purpura papulosa macht. Man findet über den ganzen Körper zerstreut, am Stamme sowohl wie an den Extremitäten, auf den Flachhänden, der behaarten Kopfhaut wie auch im Gesichte und den Augenlidern keine bestimmte Anordnung aufweisende, auch nicht der Spaltrichtung der Haut folgende kleinste, hirsekorn- bis linsengroße rote, leicht livide Knötchen, die auf den ersten Blick für Blutungen gehalten werden können. Die kleinsten Knötchen liegen in der Haut, ohne sie vorzuwölben, die größeren stehen leicht hervor, sind rundlich, nicht deutlich halbkugelig, sehen in einem Falle mehr wie papulöse, in einem anderen wie lichenoide Knötchen aus, ohne jedoch polygonal geformt zu sein oder eine Eindellung aufzuweisen. An der Streckseite der oberen Extremitäten, den Schultern, der Glutäalgegend, den Kniekehlen sind sie in besonders reicher Anzahl, dicht gedrängt stehend, konfluierend. Auch auf dem harten Gaumen findet man kleinste bis hirsekorngroße, leicht hervorragende Knötchen. Die Handgelenke und die Kniegelenke sind geschwollen und schmerzhaft. Der Befund der inneren Organe ist normal. Ebenso ergibt die Analyse des Urins (Chemisches Institut des allgemeinen Krankenhauses) und die Untersuchung des Magens ein negatives Resultat (Dozent Dr. Zweig). Die Wassermann-Reaktion ist negativ (Klinik Finger). Die Blutuntersuchung, die von Dr. R. H. Jokl auf der Klinik Wenckebach ausgeführt wurde, ergibt eine sehr starke Vermehrung der kleinen Lymphocyten und eine starke Eosinophilie, eine Verschiebung des Blutbildes nach links (nach Arneth). Die Blutgerinnung ist wesentlich beschleunigt. Die Zahl der Blutplättchen ist normal. Die Röntgenuntersuchung zeigt eine hochgradige Atrophie am Stylus radii, am Os naviculare und an den Epiphysen der Phalangen; an den Lungen bis auf verstärkte Hilus-

zeichnung normaler Befund. Die histologische Untersuchung eines Knötchens ergibt ein umschriebenes Infiltrat, das hauptsächlich aus Lymphocyten besteht, daneben aber auch epitheloide Struktur aufweist. Die Veränderung des Blutbildes und der anatomische Befund des auffallenden Krankheitsbildes, an dessen Klärung noch weiter gearbeitet wird, weisen auf die Zugehörigkeit des Falles zur Tuberkulose hin.

Oppenheim: Der vorgestellte Fall erinnert an einen im vorigen Jahre hier zweimal demonstrierten Soldaten mit der Diagnose chronisches rezidivierendes Erythema exsudativum multiforme. Der Patient zeigte seit einem Jahre immer wieder auftretende Papeln, Erythemflecke, Purpura eruptionen, oft in Ringen und Girlandenformen angeordnet, an den Steckseiten der Extremitäten, mit Schwellung der Hand- und Fußrücken und heftigen Gelenksschmerzen und -Schwellungen insbesondere in Hand- und Fußgelenken. Der Verlauf war vollständig fieberfrei, hie und da kam es zu schweren Stomatitiden. Ich sprach damals von einer chronischen septischen Infektion. Der vorgestellte Fall gleicht dem eben erwähnten; ich möchte ihn in die Gruppe des Erythema exsudativum multiforme einreihen.

Sachs: Die Gelenksaffektion und die Hauterkrankung sind in diesem Falle auf eine gemeinsame, uns zur Zeit noch nicht bekannte Noxe zu beziehen. Der im vorigen Jahre von Oppenheim demonstrierte Fall hat mit diesem Falle große Ähnlichkeit. In beiden Fällen waren an beiden Handtellern deutlich fleckförmige, dunkelblaue bis schwarze Verfärbungen zu sehen. Bemerkenswert erscheinen in dem vorgestellten Falle die durch das Abheilen der papulösen Efflorescenzen bedingten pigmentierten Herde; an den Randpartien sieht man kleinste, hämorrhagische, papulöse Efflorescenzen aufschießen. Klinisch macht das Krankheitsbild, nach den Efflorescenzen am Stamme zu urteilen, den Eindruck einer Purpura papulosa, kompliziert durch die Gelenksaffektion.

Nobl demonstriert den oft verzeichneten günstigen Einfluß gegen Herderkrankungen gerichteter Heilmaßnahmen auf gleichzeitige bestehende Folgeerscheinungen vom Charakter der Tuberkulide. Das vorgestellte 15jährige Mädchen ist mit hyperplastischen tuberkulösen Lymphomen der rechten Halsseite behaftet. Man sieht heute noch eine über faustgroße konglobierte Geschwulst. Eine schwere Aussaat von Lichen scrofulosorum schloß sich dem halbjährigen Krankheitszustand an. Die Patientin wurde fünfmal röntgenisiert, der lokal unbeeinflußt gelassene annulär und circinär angeordnete, durch 8 Wochen unverändert verfolgte Lichen ist bis auf geringe Restbestände, die immer noch die Natur des Leidens verraten, zur Rückbildung gelangt.

2. Eine auf die Mundschleimhaut beschränkte anuläre und girlandförmige Eruption von Lichen ruber planus. Die zierlichen Ringe und Leisten sind namentlich an der oralen Fläche der rechten Wange bis zum Kieferwinkel bei dem 30jährigen Patienten in seltener Prägnanz zu beobachten. Bemerkenswert erscheint die übrigens öfter beobachtete Solitärerscheinung der Schleimhautveränderung. Der Kranke bot niemals zugehörige Veränderungen der allgemeinen Decke, und erweist sich diese auch derzeit völlig verschont von Lichenblüten.

3. Das wohl nur ausnahmsweise gesehene Kombinationsbild einer typischen Eruption von Erythema induratum Bazin und tu-



berkuloser Iriserkrankung. Das 19jährige Mädchen verlor zwei Geschwister in frühem Kindesalter an tuberkulöser Meningitis. Die Eltern angeblich gesund. Der Knotenausbruch der Unterschenkel seit einem halben Jahr bestehend. Am gew. Standort sieht man beiderseits 10—15 bis pflaumengroße, aus der Fettschicht aufsteigende blauviolette Erythemknoten. Diesen gesellen sich abgeflachte braunrote derbere Platten hinzu. (Kindshandtellergroß, aus konfluierenden Knoten hervorgegangen.) Seit acht Tagen lichtscheu, Rötung, Tränentreufeln am linken Auge. Es besteht starke Ciliarinjektion; diese begleitet ein am Pupillarrand innen oben an der Iris sitzendes über hanfkorngroßes grauweißes Knötchen.

Seiner Abhandlung über: Die Beziehungen des Bazinschen Erythems zum benignen Miliarlupoid, hat Nobl 39 histologisch untersuchte Fälle des Leidens zugrunde gelegt. (Derm. Zeitschr. Bd. 26, Heft 1 u. 2.) Unter diesen ging einer mit spezifischer Iritis einher. Merkwürdig erscheint es, daß der so oft verfolgten Simultanerscheinung von Bazin und Phlyktäne gegenüber, die Gleichzeitigkeit des Fettgranuloms mit spezifischer Iriserkrankung, als äußerst seltenes Vorkommnis einzuschätzen ist.

Sachs: Bei der außerordentlichen Kriegstagung der Berliner dermatologischen Gesellschaft hat E. Hoffmann aus Bonn einen Fall von Boeckschen Lupoid mit Iridocyclitis, Septumulkus und Nebenhodenerkrankung demonstriert.

4. Einen Fall Rosenbachschen Erysipeloids. Die scharf absetzenden, livid roten leicht elevirten Erytheme sind am linken Handrücken, den Interdigitalfalten, ferner an der rechten Hohlhand und den Interdigitalfalten einer 30jährigen Frau seit 8 Tagen seßhaft. Gröbere Verletzungen nicht nachweisbar.

Kren demonstriert zwei Fälle von Mycosis fungoides:

Fall 1: 43jähriger Klaviermacher erkrankte im Felde im Jahre 1915 und zeigte zur Zeit der Aufnahme in meiner Abteilung am 30. April 1919 das typische II. Stadium der Erkrankung. Auffallend war nur eine allgemeine, ziemlich starke, in der Inguinalgegend z. B. über taubeneigroße, Drüsenschwellung. Der Blutbefund wies eine Vermehrung der Lymphocyten bis 36% auf. Milz deutlich palpabel. In Anbetracht dieser, in das Bild der Mykosis nicht ganz passenden Befunde, wurde der Versuch gemacht, durch Röntgenbestrahlungen der Drüsen das Krankheitsbild der Haut zu beeinflussen. Trotz beträchtlicher Verkleinerung der Drüsen war aber eine Änderung der Hautaffektion nicht zu erzielen.

Neben dem ausgesprochenen, zahlreiche scharfrandige Infiltrate aufweisenden Krankheitsbilde besteht derzeit noch ein Arsenerythem, das sich überall um die Hautherde lokalisiert hat.

Fall 2: Ein 46jähriger Schlossergehilfe will schon seit seinem 10. Lebensjahre erkrankt sein. Kren kennt den Fall seit drei Jahren. Er wies damals leicht infiltrierte Erytheme von Handtellergröße auf, die heute ihre Infiltration derart gesteigert haben, daß an der Diagnose



einer Mykosis nicht mehr gezweifelt werden kann, um so mehr als auch schon kleine Tumoren sich entwickelt haben. — Mit Ausnahme einer geringen Eosinophilie ($2^1/_2$ %) ist das Blutbild dieses Falles nicht nachweisbar verändert.

Auch in diesem Falle bestehen ganz besonders intensive Drüsenschwellungen sowie Leber- und Milzschwellung. Es wurde deshalb auch hier durch Röntgenbestrahlung der Drüsen der Versuch gemacht, das Krankheitsbild zu beeinflussen, doch auch dieser Versuch stellte sich wie der beim 1. Falle als nicht effektbringend dar.

Kerl: Der vorgestellte Patient wurde an der Klinik Riehl im Sommer des Jahres 1918 wiederholt mit Röntgen behandelt, es fanden sich zu dieser Zeit scheibenförmige, schuppende Herde, die insbesondere an den Rändern Infiltrate zeigten. Die Affektion wurde als prämycotisches Ekzem aufgefaßt.

Rusch demonstriert:

1. Einen 22jährigen Mann mit Pityriasis lichenoides chronica, seit 3 Wochen bestehend. Die Gesicht, Stamm und Extremitäten überschüttenden, auch an Handteller und Fußsohlen lokalisierten, zum Teil follikulär sitzenden Flecke und Knötchen zeigen im Bereiche der Beine hämorrhagischen Charakter und haben die Neigung, in den Seitenteilen des Rumpfes und am Rücken netzartig zusammenfließende Herde zu bilden. Bemerkenswert sind universelle Drüsenschwellungen, ähnlich wie bei rezenter Lues.

2. Ein 16jähriges Mädchen mit tuberkulösen Lymphomen am Halse, einem Lichen scrofulosorum von ungewöhnlichem Aussehen am Stamme und Tuberkuliden der Schleimhäute. Am Rumpfe bilden die stecknadelkokfgroßen, derben, lebhaft roten, follikulären Knötchen kreisrunde Scheiben von 3—5 cm im Durchmesser, bei gleichzeitiger Involution des Zentrums breite, zierliche Ringe oder unter Konfluenz solcher girlandenförmigen Linien, derartig an psoriasiforme Veränderungen erinnernd; im einzelnen ähneln die Knötchen, die stärkere, hornartige, trockene Schuppen an ihren Kuppen tragen — offenbar im Zusammenhang stehend mit der vorhandenen Ichthyosis der Hautdecken und durch sie bestimmt — an die Primärefflorescenzen des Lichen acuminatus. Gleichwie bei einem in der letzten Sitzung demonstrierten Falle zeigt auch diese Kranke an den Bindehäuten der Augäpfel zahlreiche, winzige, blasse, durchscheinende, nur bei guter Beleuchtung und seitlicher Ansicht demonstrierbaren Knötchen, auf die Prof. Sachs zuerst hingewiesen hat und deren tuberkulöser Bau sichergestellt wurde, also den Lichenknötchen der Haut analoge Tuberkulide der Konjunktiven. Die Vermutung liegt nahe, ähnliche Veränderungen auch an anderen Schleimhäuten zu finden. Da an der Lippenschleimhaut einige Follikel durch ihre stärkere Prominenz und die grauweiße Trübung ihres Epithels auffielen, wurde ein solcher excidiert und untersucht. In der Tat gelang es, innerhalb der Schleimdrüse 3 Knötchen von tuberkuloidem Bau festzustellen und sie durch eine Reihe von Serienschnitten zu verfolgen. Es waren dies um die



Gefäße der Bindegewebssepten sich entwickelnde, vornehmlich aus epitheloiden Zellen, spärlichen Plasma- und Riesenzellen bestehende Wucherungen, die an einer Stelle in einen Acinus drangen und unter Konsumption der Drüsenzellen deren Kapsel erfüllten. Es wäre erwünscht, zu untersuchen, ob sich Tuberkuloide der Schleimhäute — zunächst in Fällen von Lichen scrofulosorum der Haut — nicht regelmäßiger und in größerer Verbreitung finden.

Volk bemerkt, daß er bei Lupösen mitunter an der Mund- und Rachenschleimhaut kleinste Knötchen gefunden hat, welche scheinbar Drüsen oder kleinen Lymphfollikeln entsprechen; untersucht man diese mikroskopisch, so findet sich ab und zu einmal ein deutlich tuberkuloid gebautes Knötchen. Diese Veränderungen kommen zur restlosen Rückbildung und entsprechen offenbar den von Rusch demonstrierten Knötchen an der Conjunctiva.

Oppenheim demonstriert:

1. Einen 10jährigen Knaben mit einer ganz besonderen Ausbreitung verschiedener tuberkulider Exantheme.

Am Stamme sieht man einen ausgedehnten Lichen scrofulosorum, der am Rücken und in der Bauchgegend zum sogenannten Ekzema scrophulosorum konstruiert ist. Daneben findet man ausgesprochene Ringformen mit zentraler Abteilung und Schuppenkränzen, wie bei Trichophytia superficialis. An den Streckseiten der oberen und unteren Extremitäten zahlreiche Efflorescenzen eines papulo nekrotischen Tuberkulides in den verschiedensten Entwicklungsstadien, in der Wadengegend einige Herde von Erythema induratem Bazin. Zahlreiche Efflorescenzen der Bauchhaut und der Genitalgegend zeigen einen klinischen Aspekt wie bei Lichen ruber planus, polygonalen Kontur, Wachsglanz, zentrale Delle, ebene Oberfläche; nur die gelbbraune Farbe unterscheidet sie. Das interessanteste des Falles ist aber die Gesichtshaut. Diese ist übersät mit hirse- bis hanfkorngroßen, flachen, rund und polygonal konturierten zum Teil zentral gedellten, oft eine Schuppe tragenden, kaum fühlbaren, aber doch deutlich erhabenen gelbbraunen bis braunen Efflorescenzen, die so dicht stehen, daß sie kaum normale Haut zwischen sich lassen. Besonders intensiv sind die Stirne und die seitlichen Wangenpartien befallen. Die Efflorescenzen gleichen weder dem Lupus disseminatus follicularis noch dem Lichen scrofulosorum und Tuberkulide — papulo-nekrotique — Eruptionen; sie sehen ein bißchen jenen Knötchen ähnlich, die Lipschütz in einem der demonstrierten Fälle von Lichen scrofulosorum beschrieben hat. Daß es sich um ein Tuberkulid handelt, ist kein Zweifel, dafür sprechen auch die skrofulösen Drüsen des Halses und die Conjunctivitis ekzematosa, die gleichzeitig bestehen. Die Affektion ist innerhalb dreier Wochen exanthem-ähnlich aufgetreten.

Lipschütz: Die Polymorphie des klinischen Bildes wird durch den von Oppenheim demonstrierten Fall bewiesen, desgleichen bietet er eine willkommene Bestätigung eines von mir vor kurzem demonstrierten Falles von Lichen scrofulosorum, bei dem der Nachweis der allerkleinsten, blassen, glänzenden, polygonal begrenzten Knötchen gezeigt werden konnte. Das



von mir damals erwähnte Detail wurde in seiner Eigenart bezweifelt (Brandweiner); um so bemerkenswerter erscheint mir der soeben demonstrierte Fall.

Sachs: Die Knötchen im Gesicht gehören mit zum Krankheitsbilde des Lichen scrofulosorum. Sie kommen nicht so häufig vor. Kürzlich habe ich auch in meinem Ambulatorium einen Fall von Lichen scrofulosorum am Stamme und im Gesicht beobachtet.

Ullmann: Das gleichzeitige Vorkommen morphologisch differenter Tuberkulide an ein und demselben Individuum spielte in den Jahren 1900—1912 eine bedeutende Rolle, um die Zugehörigkeit aller dieser klinisch oft sehr differenten Formen, wie Acnitis, Folliklis, pap. nekrot. Tuberk. Lichen scrof. und Lup. er. zur sicheren Hauttuberkulose zu erweisen. In zahlreichen Krankendemonstrationen habe ich diese kombiniert vorkommenden Morphen zuerst in dieser Gesellschaft als solches Beweismittel vorgeführt. Mitunter wurde aber der Einwand erhoben, daß solche Konkommittenz ja eher gerade auf verschiedene Noxen hinzuweisen scheine die Tuberkulose aber, wenn sie überhaupt nachweisbar, nur den geeigneten Boden für die an sich ätiologisch noch ungeklärten Formen schaffe. Besonders für den Lupus er. wurde dieses Argument stets, sogar häufig heute noch ins Treffen geführt.

Oppenheims Fall ist nun interessant insofern er zeigt, wie weitgehende morphologische Differenzen sich am selben Individuum, selbst in der engen Gruppe eines Tuberkulides, dem Lichen scrof. entwickeln können, je nachdem Standorte im Gesichte, Kopfhaut, Stamm, Extremitäten usw. Solches Vorkommen läßt sich durch die geniale Konzeption der Toxituberkulide (Darrier, Hallopeau, C. Boeck) unschwer erklären. Entsprechend den verschiedenen lokalen Gewebsverhältnissen, besonders Anlage, Reichtum und Verzweigung der Blut- und Lymphwege in der Haut und deren Follikelapparat, aber auch den physiologischen Bedingungen der Zirkulation und sonstigen zum Teil noch unbekannten Momenten, werden so beträchtliche Grade und Differenzen der Gewebsreaktionen von den fortwährend kreisenden Toxinen ausgelöst, daß an verschiedenen Stellen oft ganz differente Efflorescenzen entstehen. So kommt es z. B. zur Prädilektion als Standort des Lup. er. an den peripheren, zirkulationsschwachen Akroregionen. Zu wenig erforscht erscheint nur bis jetzt das oben angedeutete Moment der physiologischen Variation des Standortes.

Volk möchte vermieden wissen, daß für jede Abweichung vom Typus eines Tuberkulids ein neuer Name geprägt werde; wir müssen im Gegenteil bestrebt sein, die Nomenklatur zu vereinfachen, so wie dies ja auch in der Syphilidologie bereits vielfach geschehen ist. Der Fortschritt unserer Wissenschaft besteht in der Einreihung solcher atypischen Krankheitsbilder in bereits bekannte Gruppen. Daß auch der Lichen scrofulosorum in ganz eigentümlicher Weise in Erscheinung treten kann, hat mich erst jüngst ein Fall gelehrt, den ich in der nächsten Sitzung hier vorzustellen hoffe.

Die Affektion des Gesichtes ist eine ganz besondere Art der Tuberkulide, wie ich sie bisher nicht gesehen habe. Die Ähnlichkeit mit Lichen ruber planus ist nur eine ganz oberflächliche.

2. Einen Fall von Morbus maculosus Werlhofii. Der Patient zeigt neben oberflächlichen Hautblutungen des rechten Beines eine sklerodermieähnliche Starrheit der Haut des linken Beines, die sich bis oberhalb des Kniegelenkes erstreckt und eine Beugung in diesem nur schwer zuläßt. Die Haut ist unfaltbar, glänzend, braungelb gefärbt. Diese Affektion entstand plötzlich vor drei Wochen unter Schmerzen und Fieber; das Bein schwoll an und sah ganz blaß aus, wie nach einer Kontusion, später entwickelte sich dann der jetzige Zustand. Der Kranke ist auch sonst sehr herabgekommen, blaß, mager, zeigt auch ein aufgelockertes, leicht blutendes Zahnfleisch. Inter-



essant ist die Anamnese: Der Patient gibt an, diesen Zustand nach Genuß von 5 kg amerikanischen Schweinefleisches innerhalb von drei Tagen bekommen zu haben. Ich möchte mir bei dieser Gelegenheit erlauben, auf die Häufigkeit von Skorbut- und skorbutähnlichen Erkrankungen, die wir jetzt beobachten können, hinzuweisen. Gleichzeitig mit dem Patienten liegen noch drei andere mit ausgedehnten Haut-, Periost- und subcutanen Blutungen, mit Purpura papulosa, aber ohne Veränderung der Schleimhäute auf meiner Abteilung. Diese Häufung derartiger Fälle ist sicher auf unsere gegenwärtigen traurigen Ernährungsverhältnisse zurückzuführen. Auch das amerikanische Schweinefleisch dürfte hierbei eine Rolle spielen.

Volk: Auch bei unseren Gefangen in Rußland konnten wir beobachten, daß die Skorbutfälle zu gewissen Zeiten gehäuft auftraten, besonders auch im Frühjahr. Für die oft brettharten Veränderungen an den Schienbeinen usw. wäre der Name sklerodermieähnliche Veränderungen besser nicht zu gebrauchen, da sie ja mit der Sklerodermie natürlich nichts zu tun haben, sondern nur organisierte, bindegewebig veränderte Blutextravasate sind.

Fischl stellt aus der Abteilung Professor Ehrmann einen Patienten mit über Gesicht, obere und untere Extremitäten disseminierte Plaques von Lupus verrucosus und Lupus des Nagels des Ringfingers der rechten Hand vor. An manchen Körperstellen sieht man eine scheinbare Spontanheilung, jedoch sind bei genauerer Beobachtung in den ziemlich glatten Narben versprengte Lupusknötchen sichtbar. Der Nagel des genannten Fingers ist stark verdickt, gryphotisch, der Lupus verrucosus des Fingerendgliedes geht direkt auf den Nagel, diesen stark verdickend und mit drüsig-warzigen Auflagerungen versehend, über. Überdies besteht ein Lupus mutilaus des rechten kleinen Fingers. Morro-Reaktion stark positiv.

Lipschütz demonstriert bei einem 3jährigen Knaben einen Fall von Alopecia areata congenita. Man findet in der Scheitelgegend zwei unweit voneinander gelegene etwa elliptisch begrenzte, unter handtellergroße Herde, in deren Bereich die Kopfhaare fehlen, Lanugohärchen jedoch in mäßiger Zahl sich vorfinden; die Follikel sind innerhalb dieser Herde wohl zu sehen, jedoch erscheinen sie nur schwach ausgebildet. Die Haut ist gelblich pigmentiert und beim Aufheben einer Hautfalte gewinnt man den unzweifelhaften Eindruck einer deutlichen Bindegewebsvermehrung und -verdickung der Haut. Ungefähr im Zentrum der kahlen Herde findet sich je eine kreuzer- bzw. linsengroße glatte, sehr scharf begrenzte und deutlich ausgebildete Narbe. Auf Grund dieses klinischen Bildes ist die Affektion im Sinne einer Mißbildung zu deuten als Kombination einer circumscripten kongenitalen Hypotrichosis mit Volumszunahme des Hautgewebes. Die erwähnten Narben rühren von der Loslösung früher fixierter Amnionstränge, die vielleicht auf den Mechanismus der Entstehung der Mißbildung hinweisen. Schließlich sei, um etwaige unrichtige Deutungen zu vermeiden, erwähnt, daß beim Kind keine Zangengeburt vorgelegen hatte.

Nobl: Bei dem interessanten Fall sehen wir zwei Veränderungen nebeneinanderstehen, die offenbar verschiedenen Ursprungs sind. Einmal haben wir es mit einer typischen Aplasia cutis congenita zu tun, d. h. jenen angeborenen Hautdefekt, der auf amniotische Verwachsungen zu beziehen ist und häufig insofern forensische Bedeutung erlangt, als die bei der Geburt zutage tretenden blutenden Stellen als Zangenverletzungen gedeutet werden. Was die Alopezie der weiteren Umgebung betrifft, so kann sie auch angeboren sein, doch ist die Voraussetzung dieser Störung in das Gebiet der Mißbildung zu verlegen.

Oppenheim: Die im Zentrum der haarlosen Partie sichtbare Stelle entspricht, wie auch Nobl eben ausgeführt hat, der von Dittrich, Ahlfeld, Vörner usw. beschriebenen Aplasia cutis congenita, die dadurch zustande kommen soll, daß die Chorda dorsalis mit dem Amnion verwächst. Die umgebenden haarlosen Stellen gleichen ungemein einer Alopecia areata, so daß man das Angeborensein beinahe in Zweifel ziehen möchte.

Sachs: Französische Autoren bezeichnen ein solches Krankheitsbild als Alopecie naevique. Die zentrale Partie entspricht einem angeborenen Cutisdefekt, einer Aplasie der Haut, während die umgebende Partie klinisch den Eindruck einer Hyperplasie macht.

Ullmann: Zu den folgenden 2 Fällen von Trichophytie erscheinen mir einige Bemerkungen am Platze. Der erste betrifft eine 24jährige Patientin, die früher niemals an Trichophytie gelitten hat und jetzt an ihrem linken Oberarm 2 ungleich große, längs ovale, leicht elevierte, rotbraune, in der Fläche zum Teil mit Schuppen, zum Teil mit gelb-eitrigen Bläschen besetzte Plaques aufweist. Von Interesse ist hier die genaue Beobachtung seit dem ersten sichtbaren Beginn. Die Patientin gibt bestimmt an, an der Stelle der größeren jetzt etwa 5 cm langen und 3 cm breiten Plaques heute vor 9 Tagen etwa in der Mitte einer kleine knötchenförmige Erhebung bemerkt zu haben, die juckte und die sie für einen Fliegenstich ansah. Über die Infektionsquelle läßt sich nichts eruiren. Weder litt ein Bekannter wissentlich an Trichophytie, noch fand Berührung mit einem Tiere statt. Wegen starken Juckens und rascher Ausbreitung schon in den ersten zwei Tagen, beobachtete die Patientin genau von Tag zu Tag das Wachstum des ersten und des zwei bis drei Tage später sichtbar werdenden Fleckes. Seit 4 Tagen in meiner Beobachtung, habe ich die beiden, hellrotbraunen, von vornherein leicht elevierten und mit kleinen, stecknadelkopfgroßen, weißen Bläschen besetzten, aber noch kaum schuppenden Plaques mit ihr von Tag zu Tag weiter verfolgt. Vor 3 Tagen machte ich die Cutanreaktion sowohl mit der Höchster wie Wiener Vaccine, die beide gleich stark positiv ausfielen. Während der Kontrollstrich nicht reagierte. Den anderen Tag schon begann ich mit der Wiener Vaccine in der Verdünnung 1 : 100 die encutane Vaccinbehandlung. Es kam, wie jetzt noch sichtlich, zu starker Reaktion sowohl an den Impfstellen als auch an den Plaques, die gestern noch leicht geschwollen waren, heute aber schon leicht schuppen und einige größere gelbeitrige Bläschen in der Mitte aufweisen. Der vor der Vaccinierung deutliche, scharf abgegrenzte, periphere Wall ist heute wesentlich abgeflacht, fast im Niveau verlaufend. Dieser Fall beweist demnach das relativ sehr rasche Wachstum der Pilze



in der Haut, die hier allerdings außergewöhnlich rasche Flächenausbreitung. Er zeigt ferner, daß frische, scheinbar noch oberflächliche Trichophytien bei sicher zum erstenmal infizierten Personen intensiv allergische Reaktionen aufweisen. Die Frage, ist dies durch die Pilzspezies bedingt etwa bei direkter Infektion von einem Tiere, also durch besondere Virulenz der betreffenden Trichophyten oder durch andere individuelle Momente, ist noch offen. Auch beides wäre ja möglich. Die Patientin zeigt nun auch eine auffallende starke entzündliche Hautreaktion, scharf umschrieben an den Stellen eines sonst nicht reizenden Zinkpflasterstreifens. Es finden sich hellrote, scharf begrenzte erythematöse Schwellungen. Ähnliches zeigte sich vor einem Jahre ebenfalls noch Pflasterbedeckung auf einer chirurgischen Abteilung, wo ein Absceß durch einen Pflasterverband versorgt worden war. Diese vasomotorsche Hautüberempfindlichkeit gegenüber banalen, chemisch-mechanischen Momenten besteht offenbar nur in erhöhtem Maße auch gegenüber der Pilzinvasion und deren Toxine. Der Mangel entsprechender Abwehrvorrichtungen in der Epidermis und den oberen Cutislagen bedingt offenbar in so außergewöhnlich kurzer Zeit das rasche Tiefergreifen und die Intensität der Allergie.

Ich verfüge aus dem letzten Halbjahr bereits über mehrere ähnliche Beobachtungen in der Weise, daß ganz frische, scheinbar oberflächliche Tr.-Plaques schon eine deutliche positive Cutanreaktion geben und dann auch selbst auf Vaccine stark reagierten. Wir können demnach von einer oberflächlichen Trichophytie aus dem klinischen Aspekt allein nicht mit Sicherheit sprechen, sondern nur von schuppenden, eitrigen oder „scheinbar oberflächlichen", gegenüber den sogenannten „tiefen" Trichophytien.

Der 2. Fall betrifft einen 79 Jahre alten Mann, der mir als „furunkuloide Trichophytie" zugewachsen ist. Es handelt sich um eine teils impetigenöse, teils kerionartige tiefe Trichophytie. Der schlecht genährte, fast marantischeGreis weist an zahlreichen Stellen der dichten Barthaare zusammen etwa 40 eitrige Knoten und Plaques auf. Unter mechanischer Epiliation und Vaccinebehandlung kam es schon in 8 Tagen zu lebhafter Eiterung und Exfoliation und wird der, obwohl sehr spitalsbedürftige, aber wegen Platzmangel wiederholt abgewiesene Patient, in kurzer Zeit geheilt werden. Dieses ist die günstige furunkuloide Form für die Therapie. Anders die derben Knoten mit dem beetartig erhabenen, perifollikulären Ödem ohne jegliche Tendenz zur Eiterung. Sie bilden die hartnäckige Gruppe der „furunkuloiden" Trichophytien. Obwohl man für diese Formen eine spezifische Trichophytenspezies verantwortlich macht, nach Jadassohn das Tr. asteroides und cerebriforme, dürfte es sich vielleicht doch nur um individuelle Disposition, vielleicht um dichte oder schräge, gekrümmte Haareinpflanzung handeln, bei der die Pilzelemente durch einmalige Epilation nicht völlig eliminiert werden, anderer-



seits die proteolytische Wirkung des betreffenden Pilztoxins nicht bis zur völligen Follikelwandzerstörung und Eiterung führt. Man sieht diese Formen nach scheinbarer Abheilung des Tr. zumeist als Spätrezidiven allmählich entstehen. Gegenüber diesen Knoten versagt nun gewöhnlich auch die Vaccinebehandlung. Sie schwinden aber doch allmählich unter wiederholter mechanischer oder Röntgenepilation. Eine genaue Beschreibung dieser furunkuloiden Formen ist meines Wissens bisher nicht gegeben worden. Bei ihrer Häufigkeit verleihen sie dieser Epidemie den Charakter besonderer Hartnäckigkeit in Deutschland wie in Österreich. Ich komme ausführlich auf diesen Punkt anderen Orts noch zurück. Im vorgestellten Fall habe ich, wie schon in vielen Fällen mit der Wiener Vaccine eine recht gute Wirkung erzielt. —

Sachs: Oberflächliche Formen der Trichophytie der unbehaarten, aber auch der behaarten Stellen behandle ich mit Einpinselungen von Jodtinktur und appliziere darüber eine 5 proz. weiße Präzipitatsalbe. Nach 2—3 Tagen bildet sich eine Dermatitis bullosa, nach Abstoßung der Epidermis sieht man entsprechend den Herpes tonsurans-Plaques eine exkoriierte Partie. Nach Anwendung von Zinkpaste ist dann die ganze Affektion geheilt. Durch die gleichzeitige Anwendung von Jodtinktur und Präzipitatsalbe kommt es zur Bildung des die Hautoberfläche ätzenden Jodquecksilbers.

Fall von Lymphogranulomatosis der Leisten- und Beckendrüsen. Der 26jährige Mann akquirierte im Felde zuerst auf einer, später auf der andern Seite lymphomartige Leistendrüsenschwellungen. Nach vorübergehendem Rückgang durch Röntgenbestrahlung traten an den erst affizierten Regionen sowie auch in den Beckendrüsen, in letzter Zeit auch an den Axillardrüsen, derbe Schwellungen auf. Wir finden in den Leistenbeugen und im Oberschenkeldreieck beiderseits, besonders rechts, mächtige, kugelige Pakete wenig schmerzhafter Drüsentumoren, desgl. tastet man solche in der Ileocoecalgrube. Röntgenologisch zeigen sich die Lungenspitzen stellenweise in Verkäsung, vorübergehend wurden Tuberkelbacillen gefunden Hautjucken oder Veränderungen an der äußeren Decke sind bisher nicht aufgetreten. Der Blutbefund (Prof. Schlesinger) ergab vor 4 Wochen zwischen 6.800—7.000 Leukocyten zu 5,6 Millionen roten Blutkörperchen. Sahli 80%; Zellformen: 84% Neutroph., davon 52% Polymorphkernige, 30% Lymphocyten (kleine), 10% Mononucl., 2% Übergangs- 4% Mastzellen, also das typische, gewöhnliche Bild dieser Affektion. Bei der Seltenheit der Fälle wollte ich den Kranken vorerst zur Demonstration bringen, später vielleicht über den Verlauf ausführlicher berichten. —

Nobl: Die Lymphogranulomatose hat lange die Pathologen und Internisten beschäftigt, ehe die gelegentliche Einbeziehung der Haut in den Prozeß ermittelt wurde. Der vorgestellte Fall könnte bei entsprechender histologischer Untersuchung der hyperplastischen Lymphdrüsen, als dem Leiden zugehörig angesprochen werden. Der Blutbefund an sich ist so wenig hinweisend, daß er die Diagnose keineswegs zu stützen vermag. Diese Verhältnisse wurden schon



das letztemal anläßlich der Demonstration eines Falles von Lymphogranulomatose durch Mucha, von Kren und mir gestreift. Die Beobachtung Muchas ist heute durch die Erhebung des kennzeichnenden Gewebsbefundes einwandfrei erhärtet. Den Vortr. müssen wir fragen: welches dermatologische Interesse der Fall bietet. Denn Hautveränderungen weist er keine auf.

Ullmann: Zu der Tradition unserer Gesellschaft gehört es auch, wichtige Fälle aus den Grenzgebieten zu demonstrieren und zu erörtern, besonders wenn es sich wie hier z. B. um vorwiegende Leistendrüsenaffektionen handelt. Ich werde selbstverständlich auch weiterhin stets in diesem Sinne hier demonstrieren, falls mir der Fall geeignet erscheint, und weise die obige Bemerkung Nobls als auf meinen Fall ganz unpassend mit Entschiedenheit zurück. Wenn auch der Fall, bisher wenigstens, noch nicht zur Ulceration der Drüsen, zur Entwicklung von Hauterscheinungen gediehen ist, so zeigt sich, wie ja schon die von mir selbst beobachteten und viele andere Beobachtungen aus der Literatur erweisen, daß es sich hier nur um vorläufige Phasen handelt, die gerade dem jüngeren Dermatologen weniger bekannt und interessant sein müssen.

Kerl demonstriert aus der Klinik Riehl einen jungen Burschen mit Vitiligo; insbesondere an den distalen Abschnitten der oberen Extremitäten findet man reichlich verschieden große, konfluierende weiße Fleckchen. Vereinzelt sind auch Herde am Stamm, darunter am Rücken einer über Handtellergröße. Der Patient hat seine Hand einer intensiveren Sonnenbestrahlung ausgesetzt, die zu einer Dermatitis mit reichlicher Blasenbildung Veranlassung gab. Bemerkenswert ist, daß die Blasenbildung sich fast ausschließlich auf die depigmentierten Hautstellen erstreckt, nur an den Rändern ist bisweilen auch die Hornschicht von pigmentierten Stellen abgehoben.

Es illustriert dieses Verhalten deutlich die Schutzwirkung des Pigments gegenüber den ultravioletten Strahlen. Die braunen Hautstellen zwischen den weißen haben infolge der Sonnenbelichtung an Intensität zugenommen.

Mucha demonstriert das histologische Präparat des in der letzten Sitzung vorgestellten Falles von Lymphogranulomatosis. Es entstammt einer Lymphdrüse und zeigt die charakteristischen Veränderungen der Sternbergschen Erkrankung. —

Sitzung vom 10. Juli 1919.

Vorsitzender: Volk. Schriftführer: Planner.

Dr. Reiner stellt eine 30jähr. verheiratete Frau mit multiplen gummösen Ulcerationen vor. Dieselben bestehen bei der angeblich bisher gesunden Frau seit 7 Monaten; eine spezifische Kur ist bisher nicht eingeleitet worden.

Der Krankheitsherd am linken Sprunggelenk und Kniegelenk bietet wegen der charakteristischen Merkmale der Diagnose Lues keine Schwierigkeiten, hingegen könnte die Erkrankung der rechten hinteren Thoraxseite wegen der zahlreichen Fistelgänge und den an die knöcherne Unterlage fixierten Hautstellen, sowie mit Rücksicht auf die seit Kindheit bestehenden skrophulösen Narben am

Halse leicht für tuberkulöser Natur angesprochen werden; nebst klinischen Momenten wird die luetische Natur überdies durch die Röntgenuntersuchung, die vollständige Intaktheit der Rippen ergibt, erhärtet.

Dr. Polaczek demonstriert aus dem Ambulatorium Sachs eine Frau mit einem in der rechten Ellenbeuge lokalisierten tubero-serpiginösen Syphilid. Die zentralen Partien zeigen eine atrophische Narbe. Durch diese Narbe befindet sich die rechte obere Extremität in Kontrakturstellung. Wassermann positiv. Unbehandelte Syphilis.

Sachs demonstriert:

1. Eine 54jähr. Patientin mit Lymphomata colli und Erythema induratum Bazin an beiden Unterschenkeln. Dieser Fall ist nach zwei Richtungen hin bemerkenswert. In der Nähe der plattenförmigen Infiltrate, sowie am Fußrücken sind linsengroße, rotbraune Infiltrate in die Haut eingesprengt, welche für sich besehen den Eindruck eines Lupus vulgaris hervorrufen könnten. Histologisch zeigen diese kleinen Knötchen die bei Erythema induratum Bazin charakteristischen Veränderungen. Ferner sind die an beiden Unterschenkeln befindlichen Knoten und Infiltrate, sowie auf dem linken Oberarm subcutan gelegenen Knoten nach einer vor vier Wochen überstandenen Pneumonie mit Zurücklassung von Pigmentierungen größtenteils geschwunden. Wassermann negativ.

2. Eine Frau mit dem Krankheitsbilde der Psorospermosis follicularis Darier. Die zum Teil einzeln stehenden, zum Teil miteinander konfluierenden, gelbbraun bis sepiaschwarz gefärbten, warzigen Excrescenzen sind entsprechend den Prädilektionsstellen des Eccema seborrhoicum lokalisiert. Wir finden solche Efflorescenzen auf dem behaarten Kopf, an der Stirnhaargrenze, in der vorderen und rückwärtigen Schweißrinne, in beiden Achselhöhlen, in der Bauch- und Kreuzbeingegend in dichterer Aussaat. Die Schleimhaut der Mundhöhle ist frei. Eltern und Geschwister zeigen keine derartige Hauterkrankung.

3. Eine Patientin mit einer auf beiden Vorderarmen und Handrücken lokalisierten Keratosis pilaris, welche seit 4 Wochen besteht und mit der Beschäftigung der Pat. bei der Zubereitung von Gefrorenem in Verbindung zu bringen ist. Die Pat. ist nämlich mit der Herstellung der Kältemischung — Eis und rotem Steinsalz (Viehsalz) — beschäftigt, wobei letzteres als das provokatorische Moment bei vorhandener Disposition anzusprechen ist. An den Streckflächen beider Oberarme, sowie an den Oberschenkeln ist die Keratosis pilaris in ganz geringem Grade vorhanden. Früher war Pat. Modistin und zeigte die Vorderarme und Handrücken frei, so daß ungezwungen das rote Steinsalz als das auslösende Moment für die Entstehung der Keratosis follicularis oder pilaris anzusprechen ist.

Fasal stellt einen 32jähr. Mann mit einem Lupus erythematodes der rechten Wange vor, der deshalb bemerkenswert er-



scheint, weil die epidermoidalen Veränderungen im Sinne der Infiltration und des Oedems besonders ausgebildet sind. In Begrenzung des zentralen narbig atrophischen Herdes sehen wir eine über fingerbreite wulstig hervortretende ödematöse Schwellung, die sich halbkreisförmig gegen die gesunde Haut absetzt. Die ganze Krankheitsdauer soll nicht länger als 1 Jahr betragen.

Pat. hat eine beiderseitige Apicitis und zeigt Narben nach Drüsenexstirpationen.

Nobl demonstriert:

1. Einen 42jähr. Patienten mit der nicht zu seltenen ausschließlichen Lokalisation verrucöser Lichenschübe an den Unterschenkeln. Die Zuständigkeit der hornigen, violett umsäumten, zu Leisten und Flächen zusammentretenden bis bohnengroßen Efflorescenzen zum Lichen ruber planus ist bei dem völligen Mangel typischer Blüten schwer zu erkennen. Der Prozeß besteht angeblich erst seit 7 Monaten, und die Ausbruchsformen waren erst nachträglich vom Jucken begleitet.

2. Einen Fall von Lupus erythematosus discoides, der insofern die Aufmerksamkeit bindet, als zahlreiche Wangenscheiben hornig verdichteten, die Einschätzung erschwerenden Charakter darbieten. Von besonderem Interesse ist weiterhin die sehr typische Einbeziehung der Lippenschleimhaut in den Prozeß mit all den zuständigen Wesenszeichen der Schilferung, der Capillarektasie und Atrophie. Nicht leicht wäre die Spezifität scheinbar schilfernder, ekzematoder Herde an den Fingern (Streck- und Beugefläche) auszusprechen, wenn nicht die hinweisende Bedeutung des Gesichtsausbruches zu Recht bestünde.

3. Eine 18jähr. Hilfsarbeiterin, deren Zustandsform eigentlich nur in differentialdiagnostischer Hinsicht dermatologisches Gebiet streift. Bei der gebeugt fixierten Fingeranordnung und der Verdichtung der unterschichtenden Texturen, könnte an Sklerodaktylie gedacht werden. Es handelt sich um den in den auslösenden Bedingungen immer noch verschleierten Retraktionsvorgang der Palmaraponeurose Dupuytrens. Der Zustand soll in schleichender Entwicklung vor 3 Jahren eingesetzt haben.

4. Ein 18jähr., in der Entwicklung sehr zurückgebliebenes, den Typus der Dystrophia adiposo genitalis Fröhlich darbietendes Mädchen, das eine Reihe näviformer Veränderungen der allgemeinen Decke und subcutanen Texturen darbietet. Am Stamm und den Extremitäten dichte Pigmenteinstreuungen verschiedenster Sorte; stellenweise auch Gefäßektasien, die rechte Wade von einem diffusen, weichen, die Konturen des Unterschenkels einhaltenden Wulst eingenommen, der wohl auf kongenitale Hyperplasie zu beziehen ist. Es fehlt der Haarbesatz des Körpers, Mammae scheinbar über das Alter entwickelt. Reichlicher Fettansatz über dem Becken. Die Kranke bisher nicht menstruiert.



5. Einen Fall fortgeschrittener tabischer Arthropathie. Es handelt sich um einen 43jähr. Maurer, der fast seit Beginn der Infektion in N.s Behandlung stand und trotz wiederholt durchgeführter methodischer kombinierter Allgemeinbehandlung schon nach 6 Jahren Anzeichen metaluetischer Natur darbot (Pupillenphänomen, Ataxie, Blasen- und Mastdarmstörungen). Seit einem Jahr mächtige ballonartige Auftreibung des l. Kniegelenks. Im Röntgenbild typische Anzeichen der trophischen Knochenläsion. Schlotterzustand des Gelenks macht das Tragen eines Apparates notwendig. Die Gattin und zwei heredoluetische Kinder (5, 8 J.) stehen gleichfalls in Anstaltsbehandlung.

Löwenfeld: Die Patientin, die im Dezember vorigen Jahres die Abteilung aufsuchte, bietet das Bild ausgedehnter tertiärluetischer Hautveränderungen, sie wurde bis dahin nie antiluetisch behandelt, die Wa.R. war damals stark positiv. Man sieht an der Stirnhaargrenze eine Narbe nach einem abgeheilten Infiltrat, desgleichen über der linken Schulter eine fast ovale, flache, im Zentrum depigmentierte, atrophische Narbe. Am rechten Malleolus internus findet sich ein rundliches Geschwür auf ausgedehnt gummös infiltriertem Grunde, an beiden Knien sind ebenfalls tertiär-syphilitische Veränderungen zu sehen, teils schon narbig ausgeheilte und oft depigmentierte Partien, daneben noch derbe, bräunliche, knotige Infiltrate, die — wie auch die histologische Untersuchung zeigte — sich als charakteristische Gummen erwiesen. An den Ellbogen und am Unterarm, insbesondere rechts, sieht man gleichfalls kleinere und größere, polyzyklisch begrenzte, figurierte, oft depigmentierte Narben und Infiltratreste. Daneben zeigen sich an diesen Stellen noch andere Veränderungen, man findet hier bläulich-rot durchschimmernde, verzweigte Zeichnung kapillärer Ektasien, die zum größten Teil außerhalb der Narben gelegen sind, also in anscheinend von dem gummösen Prozeß verschonten Hautpartien. Es kommt dadurch ein Bild zustande, das jenem ähnelt, das von Ehrmann zuerst als Livedo racemosa beschrieben wurde. Gleichzeitig weist die Haut in diesen Bereichen atrophische Veränderungen auf, ist dünn, entweder glatt oder feinst gefältelt. Ich möchte hier daran erinnern, daß vor einiger Zeit von Primarius Volk hier ein Fall von ausgedehnter Hautatrophie nach Lues vorgestellt wurde und daß in der anknüpfenden Diskussion besonders von Professor Nobl die möglichen Beziehungen zwischen Lues und Dermatitis atrophicans erörtert wurden. — Die histologische Untersuchung eines Hautstückchens ergab, daß die anatomischen Veränderungen in diesem Falle nicht mit den von Ehrmann bei Livedo racemosa beschriebenen übereinstimmen, die von ihm gefundenen endarteritischen Veränderungen der tiefen Cutis-Subcutis-Gefäße fehlen, es zeigt sich hingegen das Corium erfüllt von zahlreichen, offenbar vermehrten, stark erweiterten Capillargefäßen, in deren Begleitung man meist peri-



vasculär gelegene, nicht eben dichte Rundzelleninfiltrate wahrnehmen kann, an deren Aufbau zum Teil auch Plasmazellen beteiligt sind. Die Epidermis ist deutlich in ihrer Epithelbreite verdünnt, der Papillarkörper vollkommen abgeflacht oder nur niedrige Papillen bildend, das Bindegewebe vielfach hyalin degeneriert und auch zu kolloiden Schollen gequollen, das elastische Gewebe stark vermindert und degeneriert. Es hat somit den Anschein, daß hier früher vielleicht ausgedehntere luetische Infiltrate bestanden haben mögen, die dann größtenteils zur Resorption kamen, gleichzeitig setzten degenerativ-atrophische Veränderungen ein. Die dauernde Erweiterung der persistierenden Gefäße ließe sich vielleicht dadurch erklären, daß bei der Resorption und dem atrophischen Schwund des Gewebes die Capillaren zu weit geworden sind, analoge Verhältnisse treten z. B. bei gewissen Formen der Leberatrophie („rote" Atrophie) ein. Ist demnach das histologische Bild von dem der Livedo racemosa Ehrmann ein differentes, so hat die beschriebene Veränderung doch die Entwicklung auf luetischer Basis damit gemein, wenngleich nach Ehrmann sich die Livedo racemosa auf dem Boden großmakulöser Syphilide bildet, wofür hier kein Anhaltspunkt besteht. Es zeigt sich eben, daß ähnliche klinische Bilder ganz gut ein anatomisch verschiedenes Substrat haben können. Dafür spricht auch die Beobachtung Alexanders, der 2 Fälle von Livedo racemosa beschrieben hat, die ebenfalls nicht das charakteristische histologische Bild und auch keinen Zusammenhang mit Lues zeigten.

Oppenheim: Die Veränderung an den Blutgefäßen, die Erweiterung und Neubildung der Papillargefäße habe ich in meiner Publikation über die Ätiologie der Hautatrophien in folgender Weise erklärt: Das Gemeinsame, das allen Hautatrophien, mögen sie primär oder sekundär, angeboren oder erworben sein, zukommt, sind die Degeneration und das Fehlen der elastischen Fasern. Überall wo elastische Fasern zugrunde gehen oder zugrunde gegangen sind, findet man klinisch und histologisch Neubildung und Erweiterung der Blutgefäße. Dies sieht man z. B. beim Lupus erythematosus, bei der Dermatitis atrophicans circumscripta et universalis, beim Keloid, bei der Acne rosea usw. Am Wichtigsten erscheint mir dieses gleichzeitige Vorkommen beim Angioma simplex zu sein, weil es, wie ich ja ausgeführt habe, ätiologisch ungemein bedeutungsvoll ist, daß zwischen einer ausgebildeten idiopathischen diffusen Hautatrophie und einem Naevus angiomatosus simplex bei der histologischen Untersuchung im Verhalten der elastischen Fasern und der Blutgefäße qualitativ sich kein Unterschied ergibt. Der Wegfall der elastischen Fasern im Gewebe bewirkt nun eine Gleichgewichtsänderung zwischen dem Druck in den Blutgefäßen und der Umgebung. Die Elastica der Blutgefäße ist erhalten, nur die Elastica des umgebenden Bindegewebes fehlt. Infolgedessen können, ja müssen sich die Blutgefäße erweitern und Knospen neuer Gefäße bilden. Dies die Erklärung für die Koinzidenz von Blutgefäßerweiterung und Neubildung mit dem Fehlen der Elastica im Bindegewebe.

Kantor demonstriert eine 38jähr. Patientin mit exzessivem Spontankeloid an der Brust in Form von drei 15 cm langen, $1^1/_2$ cm breiten Streifen. Die Krankheit trat vor 2 Jahren ohne Ursache auf. Am Rücken bildeten sich nach kleinen Furunkeln Narbenkeloide.



Volk: Fall zur Diagnose.

Oppenheim demonstriert:

1. Einen Fall von wahrscheinlicher Pityriasis lichenoides chronica, der sich den von Mucha und Rusch kürzlich demonstrierten Fällen nähert, aber durch die besondere Intensität der Erscheinungen von den Fällen geschieden ist. Bei dem 40jähr. Manne ist die Haut der Extremitäten, des Rückens, der Bauchwand bedeckt mit hirsekorn- bis über fingernagelgroßen hell- bis braunroten, ziemlich scharf begrenzten Papeln, deren Oberfläche teils glatt ist, teils eine lamellöse Schuppung, teils kleinförmige Schüppchen trägt, teils mit einer blutigen Kruste bedeckt ist. Die Schuppen haften fest auf der Unterlage, an vereinzelten Efflorescenzen lassen sie sich wie bei Psoriasis vulgaris abheben. An manchen Stellen zeigen sich gelb-braune Flecke mit leichter Fältelung der Epidermis. Am dichtesten sind die Efflorescenzen an den Vorderarmen und Unterschenkeln zu sehen. Gesicht, Hals, vordere und hintere Schweißfurche, der behaarte Kopf, Flachhand und Fußsohlen, Schleimhäute sind vollständig frei. Es besteht heftiges Jucken.

Das Exanthem entwickelt sich unter unseren Augen sehr reichlich, begann vor drei Wochen mit Kopfschmerzen, Abgeschlagenheit, woran der Kranke auch jetzt noch leidet. Urin ist frei, das Blutbild annähernd normal, keine Eosinophilie, Wassermannprobe ist negativ. Die inneren Organe normal. Die Differentialdiagnose war zwischen akuter Psoriasis vulgaris und Pityriasis lichenoides chronica zu stellen. Für akute Psoriasis vulgaris sprach die vereinzelte lamellöse Abschuppung mit punktförmiger Blutung nach Abkratzung. Die Farbe, das heftige Jucken, das allmähliche Flachwerden der Efflorescenzen mit oberflächlicher Fältelung, die Krustenbildung sprechen dagegen, so daß ich mich für die eingangs erwähnte Diagnose entschied.

Riehl bemerkt, daß noch weitere Untersuchungen in dem Fall notwendig erscheinen, um zu einer bestimmten Diagnose zu gelangen. Der Fall erinnert nicht nur zunächst an ein Syphilid, sondern auch an die seltenen Formen papulöser Exantheme bei Pseudoleukämie.

Oppenheim: Gegen die Diagnose Lues ist, abgesehen vom negativen Wassermann, der Mangel einer deutlichen Infiltration der Efflorescenzen, das Fehlen von Primäraffekten, von Drüsenschwellungen und zum Teil auch die eigentümliche Farbe der Efflorescenzen anzuführen. Gegen eine leukämische oder pseudoleukämische Erkrankung sprachen auch die geringe Infiltration, die Farbe, das Blutbild. Der Anregung Hofrat Riehls die histologische Untersuchung zu machen, ist bereits gefolgt worden, doch ist die Untersuchung noch nicht beendigt.

2. Eine 40jähr. Frau mit einem streng kreisförmigen serpiginösen Syphilid über der rechten Schulter. Um das Akromion als Mittelpunkt zieht mit einem Radius von 8 cm ein etwa kleinfingerbreites exulceriertes Band im Kreise über die Schulter und umgibt eine zarte, seidenartige und glänzende, von zarten Blutgefäßen durchzogene Narbe. Der Ulcerationsring ist ziemlich tief.



die peripheren Ränder zumeist unterminiert, die Basis glatt und stellenweise belegt, der zentrale Rand geht allmählich in die zarte Narbe über. Der leicht aufgeworfene und unterminierte Rand stößt scharf an die völlig gesunde Haut der Umgebung. Die Differentialdiagnose bot große Schwierigkeiten speziell dem Lupus serpiginosus gegenüber wegen der zarten und dünnen Narbe. Aber das Fehlen von Lupusknötchen in der Narbe und im ulzerierten Streifen, die Form der Geschwüre ermöglichten die Diagnose aus der Affektion der Schulter allein. Ihre Richtigkeit wurde bestätigt durch ein tiefes Gumma des rechten Gaumenbogens und durch den positiven Ausfall der Seroreaktion. Die Anamnese ist vollständig negativ.

Brandweiner demonstriert:

1. Eine 32jährige Frau, die wegen ihres Hautleidens aus einer Provinzstadt an seine Abteilung gewiesen wurde. Sie brachte den histlogischen Befund eines exzidierten Hautstückchens mit. Demselben war zu entnehmen, daß die Affektion für tuberkulös gehalten wurde, wofür der histologische Bau und das Vorhandensein säurefester Bazillen in den Präparaten zu sprechen schien. Außerdem brachte Patientin von ebendort einen positiven Wassermannbefund mit.

Die Hautkrankheit besteht nach den Angaben der Patientin seit 8 Jahren und belästigt sie sehr durch heftiges Jucken. Aus der Anamnese ist nichts von Belang zu entnehmen, besonders nichts, was einer erblichen Belastung bezüglich Tuberkulose das Wort spräche. Lues negiert.

Sitz der Affektion sind hauptsächlich Arme und Beine. Von ersteren sind die Streckseiten stärker befallen. Die Efflorescenzen schieben sich bis auf die Handrücken und Finger vor; sie bestehen in linsen- bis kreuzergroßen flachen Papeln von blaßroter Farbe, deren Oberfläche häufig zentral eine kleine Kruste trägt oder aber mit hornigen, warzenähnlichen Massen bedeckt ist. Die Begrenzung der Efflorescenzen ist recht scharf, ihre Konsistenz sehr derb. Manchmal stehen sie in kleinen Reihen (Vorderarme, Unterschenkel) und machen den Eindruck, als wenn sie in Kratzstrichen entstanden wären. Vereinzelte Ausschlagselemente kommen auch an der Haut der Nates vor. Im Gesicht, an der Nasenhaut und an der Oberlippe nahe dem Lippenrot finden sich kleine sattrote Papelchen von Hanfkorngröße, die an der Oberlippe in kleiner Ovalform angeordnet sind. Am Genitale finden sich an den großen und kleinen Labien erbsengroße, halbkugelig vorspringende Papeln von bläulich-weißer Farbe, die luetischen Sekundärelementen frappant ähnlich sind. Keine Drüsenschwellung in inguine oder anderwärts. An manchen Hautstellen sieht man zarte, peripher pigmentierte Narben nach den beschriebenen Efflorescenzen. An ihnen selbst ist irgend eine nennenswerte Pigmentierung nicht wahrzunehmen.

Der histologische Befund, den Patientin mitbrachte und der mit Sicherheit eine tuberkulöse Hautaffektion festzustellen schien, ließ



uns zuerst an ein papulonekrotisches Tuberculid denken. Allerdings war die Größe der Einzelelemente des Ausschlages schon auffallend, ebenso der Juckreiz und die Kratzeffekte. Desgleichen wollten die angeblich nachgewiesenen säurefesten Bazillen nicht zur Diagnose eines Tuberculides stimmen; übrigens auch nicht, wenn man eine andere Tuberkuloseform annehmen wollte. Gelingt ja der Bazillennachweis bei fast allen Hauttuberkulosen doch recht schwer! Die Genitalaffektion wäre ohne weiteres als Lues anzusprechen gewesen, wenn der Wassermannbefund positiv gewesen wäre. Eine zweimalige Wiederholung desselben ergab aber ein sicher negatives Resultat. Um die fragliche tuberkulöse Natur der Dermatose zu erhärten oder auszuschließen, wurden Tuberkulinproben angestellt. Pirquet, Stichreaktion fielen negativ aus; auf Injektion von 1 mg Alttuberkulin wies Patientin keine Temperatursteigerung über 37,2 und keine wie immer geartete Herdreaktion auf. Damit stimmte auch der innere Befund, der keine Anhaltspunkte für Tbc. ergab, überein. Die Kranke ist also sicher tuberkulosefrei!

Die Excision je einer Efflorescenz vom Oberarm und Genitale ergab ein übereinstimmendes Resultat in histologischer Hinsicht. Es fanden sich nach dem Befund (Prof. Joannovics) Anhäufungen polynucleärer Leukocyten und Lymphocyten um die Gefäße neben einer stärkeren Durchtränkung der Cutis mit Ödem. Das oberflächliche Plattenepithel neigt zu stärkerer Verhornung.

Nach dem Mitgeteilten (klin. u. histol. Befund) müssen wir den Fall als Urticaria perstans verrucosa auffassen. Einige solcher, mit dem unserigen im wesentlichen übereinstimmende Fälle hat Kreibich vor nun gerade 20 Jahren im Archiv veröffentlicht. Er wählte mit Recht die Bezeichnung „verrucosa"; die hyperkeratotischen Auflagerungen rufen diesen Eindruck wirklich hervor. In seinen Fällen waren Mastzellen nachweisbar, in unserem nicht. Hier handelt es sich aber gewiß nicht um einen prinzipiellen Unterschied, denn die Affektion hat ja nichts mit der Urticaria pigmentosa zu tun, deren histologisches Substrat vor allem in besonders starker Anhäufung von Mastzellen besteht. Von einer solchen berichtet Kreibich bei seinen Fällen nichts.

2. Einen 29jähr. Mann, der im Jahre 1915/16 wegen Lues secundaria im Res.-Spit. 2 in Wien behandelt worden war. Seit dem ersten Exanthemausbruch war Patient immer frei von Lueserscheinungen. Die Wassermannreaktion ist seit der ersten Kur immer negativ geblieben. Patient hat im ganzen 5 Kuren durchgemacht, davon 3 kombiniert Hg und Salvarsan (jedesmal ungefähr 20 Dosen Neosalvarsan), 2 reine Hg-Kuren im Feld. Zuletzt war Wassermann im heurigen Frühling negativ.

Vor 12 Wochen bemerkte Patient im Anschluß an „Bronchialkatarrh" den bestehenden Ausschlag und konsultierte einen Kollegen in einem Spital. Es wurde ihm bedeutet, daß der Ausschlag luetischer



Natur sei und dementsprechend wurde auch gleich mit einer antiluetischen Kur begonnen. Nach der ersten Hg-Injektion suchte mich der Kranke auf und fragte mich nach meiner Meinung ich hatte ihn ja früher behandelt und mit der Weisung entlassen, keine Kur gegen seine Lues zu unternehmen. Die interne Untersuchung ergibt diffuse Bronchitis über der ganzen Lunge, über der l. Spitze Dämpfung mit Bronchialatmen und vereinzelten kleinblasigen Rasselgeräuschen (floride Apicitis links).

Der in seiner Ausbreitung einem syphilitischen gleichende Ausschlag unterschied sich von einem solchen aber prima vista durch die außerordentlich scharfe Begrenzung der Efflorescenzen, die in die normale Haut wie eingesprengt erscheinen. Sie haben die Größe von Hanfkörnern bis Linsen, sind braunrot, glänzen an ihrer Oberfläche stark, stellen flachpapulöse Erhabenheiten dar und lassen bei Fingerdruck eine braunrote Verfärbung zurück, in deren Zentrum bisweilen eine scheinbar gelatinöse Masse durchschimmert.

Der Gedanke, es könnte sich hier um irgend eine Veränderung neoplasmatischer Natur handeln, erforderte die histologische Untersuchung (Prof. Joannovics), deren Ergebnis lautet: „Der exstirpierte Knoten der Haut setzt sich aus einem Granulationsgewebe zusammen, in dem sich Riesenzellen finden, die zerstreut angeordnet, nicht im Zentrum knötchenförmiger Bildungen eingelagert sind. Regressive Metamorphosen im Sinne einer Verkäsung sind nicht nachweisbar. Tuberkelbazillen konnten in einer Reihe von Schnitten nicht gefunden werden. Trotz dieser negativen Befunde spricht doch der Bau des Granulationsgewebes am ehesten für ein lupöses."

An der Lupusnatur der Affektion ist demnach kaum ein Zweifel. Es muß hier offenbar innerhalb kurzer Zeit eine Aussaat von Tbc.-Bazillen in die Haut stattgefunden haben (annähernd gleiche Größe aller Ausschlagselemente).

3. Einen Fall von Naevus unius lateris.

Lipschütz demonstriert einen Fall von Lupus erythematodes der Gesichtshaut, bei dem differentialdiagnostisch ein Lupus vulgaris erythematoides Leloir in Betracht kommt.

Straßburg demonstriert aus der Klinik Prof. Finger eine Frau mit Neurofibromatosis Recklinghausen, die neben Hyperpigmentierungen ihrer Haut auch eine ausgedehnte Vitiligo aufweist. Patientin gibt an, daß die Vitiligo im Anschlusse an eine Explosionskatastrophe aufgetreten sei, die sie vor 2 Jahren in Wöllersdorf mitgemacht habe. Es wäre möglich, daß bei der Labilität der Pigmentbildung der Patientin das psychische Trauma den Anstoß für die Vitiligo gegeben hat.

Als 2. Fall demonstriert er einen Patienten, bei dem neben Schleimhautgummen der hinteren Rachenwand ein taubeneigroßes Gumma am Sternalansatze des Musc. sternocleidomastoideus der rechten Seite besteht.



Königstein: Ulc. Tbc. mit Lymphstrang u. Scrophuloderm.

Ehrmann stellt eine Patientin mit kolliquat. Hauttuberkulose, Lichen scrophulosorum, Lupus erythematodes und Narben nach Tuberkuliden vor.

Am haarlosen Hinterhaupte bestehen am Rande gerötete leicht infiltrierte Hautstellen. Diese zeigen deutlich feinkleiige Schuppung und komedoartige, ziemlich dicht gedrängte, unregelmäßig angeordnete Pfröpfe von Nadelspitz- bis Mohnkorngröße. Die zentralen Partien eine feingestrickte größtenteils glatte Atrophie, nirgendwo eine Spur von Knötchen.

Am Rücken finden sich linsen- bis fingernagelgroße, schuppende, subakut gerötete Stellen, dazwischen linsengroße wie mit einem Locheisen angefertigte Närbchen.

In der Supraclaviculargegend rechts größtenteils noch schwappende, eben perforierte Drüsenabscesse, in der rechten Regio sternocleidomastoidea eine noch nicht erweichte, walnußgroße Drüse. Die Axillendrüsen ebenfalls zum Teil schwappend, zum Teil perforiert, auch mit Narben untermischt, die wieder mit nässenden Fisteln besetzt sind, auch vernarbte Stellen mit kleinen Höhlen sind vorhanden.

Die Gegend über der linken Mamma bis zur Höhe der Brustwarze, sowie bis zur Parasternallinie und bis zwei Querfinger unterhalb der Clavicula ist durchsetzt mit hirse- bis hanfkorngroßen, mattrot bräunlichen, ziemlich dicht gedrängten Knötchen, die teils von Schuppen, teils von Krusten bedeckt sind und auf einem schuppenden Grunde stehen.

Fischl stellt aus der Abteilung Professor Ehrmanns vor:

1. Einen Patienten mit Lichen ruber planus striatus, annularis et corneus.

2. Eine Patientin mit einem corymbiformen Syphilid, das sich in mehreren typischen Exemplaren am Rücken findet; ferner zeigt die Patientin ein ca. 1 kronenstückgroßes ulceröses Syphilid am l. Unterschenkel. Von einem Primäraffekt ist der Kranken nichts bekannt. Dauer der Erkrankung 16 Tage. Es bestehen auch seborrhoische Papeln an der Stirn und den Nasolabialfalten.

Stein demonstriert aus der Klinik Finger eine Patientin mit syph. Initialaffekt am oberen Lid des rechten Auges.

Kerl: (Klinik Riehl)

1. Kartenblatt-ähnliche Sklerodermie.

2. Lupus erythemathodes.

Riehl demonstriert die Verwendung der Pranterschen Capillare zur Aufnahme, Konservierung und Versendung von Reizserum.

Kumer fragt an, ob an anderen Abteilungen auch Nebenwirkungen nach Quecksilberinjektionen beobachtet werden.

Porias berichtet aus der dermatologischen Abteilung der allgemeinen Poliklinik (Doz. Brandweiner), daß in letzter Zeit bei



einer ganzen Reihe von Hg. sal. Injektionen, trotz einwandfreier Technik, Infiltrate beobachtet wurden, die unter hohem Fieber und großer Schmerzhaftigkeit auftraten und zum Teil zur Vereiterun führten. Die Ursache ist in der schlechten Beschaffenheit des Paraffins zu suchen; es dürften sich derzeit lösliche Präparate mehr empfehlen.

Sitzung vom 23. Oktober 1919.

Vorsitzender: Arzt. Schriftführer: Planner.

Oppenheim demonstriert:

1. Ein 8jähriges Mädchen mit einer Impetigo contagiosa des Gesichtes und des Körpers, die ziemlich große Pusteln und Krustenauflagerungen zeigt, zum Teil in Confluenz mit polycyclischen Grenzen, besonders reichlich symmetrisch auf beiden Seiten der Wangen. Verursacht ist diese Impetigo durch Pediculosis capitis und wahrscheinlich durch Krätze, wenn man die Lokalisation einzelner Impetigopusteln betrachtet. Das Interessante des Falles besteht jedoch im Vorhandensein von lebhaft roten, linsen- bis über kreuzergroßen, zum Teil confluierten und polycyclisch konturierten Erythemflecken, die sich besonders reichlich am Rücken und an den von der Impetigo befallenen Teilen des Gesichtes finden. Auch an den Armen zeigen sich analoge Flecken. Ein Teil dieser Flecken ist besetzt mit Gruppen von klaren, nicht confluierten Bläschen, besonders am Halse und im Gesichte, welche sich wesentlich von den Impetigoblasen durch ihre Kleinheit und ihre Gruppierung und ihren klaren Inhalt unterscheiden. Die Kranke kam vor 3 Tagen auf meine Abteilung und hatte noch kein Erythem. Es entstand unter leichtem Fieberanstieg und ist meiner Meinung nach als autotoxisches Erythem durch Eiterresorption von den Impetigoefflorescenzen her bedingt anzusehen.

2. Einen Fall von Ichthyosis hystrix höheren Grades bei einem 7jährigen Knaben, welche von verschiedenen Gesichtspunkten aus interessant ist. Die Körperhaut mit Ausnahme großer Teile des Gesichtes, der Flachhände, der Fußsohlen und der Afterbacken ist schwarz oder braun gefärbt in verschiedener Intensität. Die schwarze oder braune Farbe ist bedingt durch Schuppenauflagerungen, die zum Teil wie in der Wadengegend sich in schwarze, warzige, bis 3 mm dicke Auflagerungen umgewandelt haben. Über den Knie- und Ellbogengelenken formen die schwarzen Schuppen Streifen, welche konzentrisch die Gelenke umgeben. An Brust und Bauch sind die Schuppenlamellen zum Teil metamer angeordnet, so daß schwarze mit lichten Streifen horizontal abwechseln, zum Teil verlaufen sie den Spaltrichtungen der Haut folgend wie



am Rücken. Dort wo die Schuppenmassen abgefallen sind, zeigt sich eine leicht gerötete, haarlose, aber nicht sehr trockene Haut.

Krüger stellt aus der Abteilung Oppenheim vor: 1. einen Fall von Morbus Recklinghausen, bei dem die Pigmentierungen gegenüber der Tumorenbildung weit überwiegen.

Über den ganzen Körper des 45jährigen Patienten verteilt finden sich vereinzelte, linsengroße bis über nußgroße, schlaffe, mit breiter Basis aufsitzende Tumoren, die von normaler Haut bedeckt sind.

Ferner sieht man am Stamm und an beiden oberen Extremitäten, besonders aber am Rücken zahlreiche, hanfkorn bis über fünfkronenstückgroße gelbbraune und fast schwarze Flecke; an der Stirne und im Gesicht finden sich dieselben Efflorescenzen, wie am Körper. Am Rücken — besonders über den Schultern — sieht man bis zu zweikronenstückgroße, von einer zarten, Zigarettenpapier ähnlichen, bläulich-weiß gefärbten Haut bedeckte Stellen, die eine seichte Einziehung gegenüber der Umgebung erkennen lassen und bei denen der tastende Finger eine Hautlücke fühlt; diese Stellen sind narbige Atrophien der Haut nach den daselbst geschwundenen Tumoren.

Die Röntgenaufnahme des Schädels ergibt eine sehr kleine Sella turcica mit kräftig entwickelten Processus clinoidei antici und portici.

Oppenheim: Es kommen tatsächlich durch Involution von Tumoren Bilder zustande, die der makulösen Hautatrophie gleichen. Auch die histologischen Veränderungen, Verlust des elastischen Gewebes, Degeneration des Bindegewebes, Auftreten von Fettgewebe, ex vacuo, ist ähnlich. Pollak hat darüber seinerzeit im Archiv für Dermatologie publiziert.

2. Eine 24jährige Patientin mit Erythema induratum (Bazin), bei dem es zum Zerfall der Infiltrate kam.

Man sieht an beiden Unterschenkeln — besonders an der Außenseite derselben mehrere bis über flachhandgroße, von einer bläulichroten Haut bedeckte, scharf begrenzte Herde, die in der Tiefe sich deutlich als eingelagerte Platten erkennen lassen. Manche dieser Stellen zeigen mehrere Erweichungsherde, aus denen sich stellenweise aus einer Fistel mit unterminierten Rändern eine serös-eitrige Flüssigkeit entleert. Dabei besteht große Schmerzhaftigkeit an diesen Stellen.

Diese Patientin wurde mit Gonorrhoe auf die Abteilung aufgenommen, und während der Behandlung entwickelten sich aus Impetigines beider Unterschenkel allmählich die früher beschriebenen Knoten respektive Erweichungsherde mit Fistelbildung.

Patientin zeigt am übrigen Körper Narben nach ausgeheiltem Skrophuloderma.

Rusch demonstriert:

1. Ein Beispiel familiärer Carcinomerkrankung: Ein 60jähriger Mann mit flachem Hautkrebs am rechten äußeren Augen-



winkel, Rezidiv eines vor 5 Jahren mit Radium behandelten Epithelioms und seine 24jährige Tochter, die an der rechten Nasolabialfalte ein münzengroßes, zentral erodiertes Basalzellenepitheliom zeigt, ein klinischer Hinweis auf das Bestehen hereditär-veranlagender Momente in der Pathogenese der Carcinome.

2. Eine Frau mit Lichen ruber planus. Neben planen Knötchen finden sich follikulär sitzende acuminierte und verrucöse Formen, sowie ausgedehnte Lokalisationen an der Schleimhaut der Wangen und dorsalwärts an der rechten Zungenhälfte.

3. Eine 32jährige Frau mit eigenartiger lichenoider Affektion zur Diagnosenstellung. In der Sternalgegend und an den seitlich angrenzenden Hautpartien zahlreiche dicht gedrängt stehende, aber immer isolierte, höchstens stecknadelkopfgroße blasse, mitunter wie durchscheinende, halbkugelig vorgewölbte, seltener flachelevierte und sodann polygonal umrissene, oberflächlich glatte, matt glänzende Knötchen, die nie schuppen, aber heftig, meist anfallsweise, jucken und dann blutig zerkratzt werden. Die Eruption dauert seit $^1/_2$ Jahr, ist jeglicher Therapie so gut wie unzugänglich, zeigt aber spontane, restlose Rückbildung. So sind die anfänglich in den Unterschlüsselbeingruben bestehenden Knötchen verschwunden, hingegen neue Efflorescenzen gegen die Magengrube hin entstanden. Am ehesten käme die Zugehörigkeit zum Lichen chronicus Vidal in Frage, jedoch ergibt die histologische Untersuchung ein abweichendes, eigenartiges Bild: Die Oberhaut ist durchaus normal; im Papillarkörper und weiter nach abwärts zu findet sich ein gut umschriebener, am Durchschnitt rundlicher cutaner Entzündungsherd, in dessen Bereiche das Bindegewebe netzförmig aufgefasert oder ödematös gequollen erscheint; die Lymphspalten erweitert, ihre Endothelien gewuchert und zu großen, protoplasmareichen Zellen geschwollen; daneben spärliche Lymphocyten, vereinzelte Mastzellen. Die durchziehenden Blutgefäße eng, von einem dünnen Mantel lymphoider Zellen und Fibroblasten eingescheidet.

4. Einen 52jährigen, anämischen, kachektischen Mann mit Acne kachecticorum. Seit mehreren Monaten akut unter Fieber und in generalisierter Form aufgetretenes papulo-pustulöses Exanthem, besonders dicht an den Extremitäten, namentlich an den unteren, das anfänglich an ein luetisches oder Variolaexanthem erinnerte. Gegenwärtig sind die meisten Eruptionen mit kleinen, pigmentierten Närbchen abgeheilt, doch bestehen ununterbrochene Nachschübe neuer Pusteln. Nach Entfernung der Krusten entleert sich reichlicher rahmiger Eiter und es verbleiben tiefe, locheisenförmige Substanzverluste. Stellenweise aggregieren sie zu größeren, münzengroßen Herden, die nach raschem eitrigen Zerfall als tiefe, buchtig zerfressene, am Grunde unebene Ulcerationen zurückbleiben, die sich ebenso wie die isolierten Pusteln sehr rasch mit Granulationen füllen und narbig abheilen. Die demonstrierten histologischen Präparate



zeigen unter der Borke Abszeßbildung und am Grunde stellenweise Gewebsnekrosen, worauf eine schüsselförmig gestaltete schmale Reaktionszone folgt, die hauptsächlich aus dichtgelagerten, mit ihren langen, spindeligen Kernen radiär gestellten Fibroblasten besteht. An den zuführenden Blutgefäßen dichte perivasculäre Infiltration lymphoider und spindelförmiger Elemente. Rechte Lungenspitze retrahiert, Hilusdrüsen, Pirquet +; subcutane Tuberkulininjektion ergibt lokale und Allgemeinreaktion, keine Herdreaktion. Keine luetische Stigmata, Anamnese negativ. Wassermannreaktion auf der Höhe der Eruption negativ, später schwach positiv, in letzter Zeit komplette Hemmung.

Nobl demonstriert:

1. Einen Fall von Lichen ruber planus. Die ausschließlich an den Unterschenkeln lokalisierte Aussaat erschwert durch die bunte Folge der aus excoriierten Einzelblüten, tiefbraunen Gemmen und warzigen Gruppen gefügten Erscheinungen die richtige Einschätzung. An der Wangenschleimhaut sichtbare Veränderungen sind trotz ihrer feinleistigen Anordnung als Leukoplacie anzusprechen.

2. Eine lineare Dermatose an der linken unteren Extremität einer 40jährigen Frau. Der systematisierte Prozeß reicht als kleinfingerbreite warzige Leiste vom inneren Fußrand bis zur Leistenbeuge. Die Veränderung soll erst seit 8 Jahren bestehen und in rascher Ausbreitung entstanden sein. Beachtenswert sind einzelne durch spontane Rückbildung zustande gekommene mehrere Zentimeter lange Lücken in dem verrucösen Streifen im Bereiche des Unterschenkels.

3. Eine discoide Form des Lupus erythematodes mit Mitbeteiligung der Lippenschleimhaut. Es handelt sich um einen 36jährigen Kranken, dessen Stirne und Wangen bis handtellergroße typische Scheiben besetzen. Am Rot der Unterlippe setzt ein fingerbreiter bläulich-weiß schimmernder von festhaftenden feinsten Schüppchen besetzter Streifen an, der gegen die buccale Fläche sich allmählich verliert.

Ehrmann stellt 2 Fälle von Neurofibromatosis Recklinghausen vor, von welchen der eine deshalb interessant ist, weil er einen Pigmentnaevus zeigt, der fast die ganze linke Seite des Stammes einnimmt, von der unteren Grenze der Wirbelsäule bis an die Glutaei und vorne fast bis an die Mittellinie reichend; außerdem zeigt der Fall zahlreiche Pigmentnaevi nach den Spaltrichtungen der Haut angeordnet; es besteht ferner bei dem angeführten Falle auch noch Verdacht auf Tumor des N. acusticus; die nähere Untersuchung wird noch vorgenommen.

Der zweite Fall ist dadurch bemerkenswert, daß es sich um Heredität handelt; in der Familie war die Mutter des Patienten an Neurofibromatosis erkrankt, die Schwester des Patienten und deren Sohn, der auf der Abteilung Ehrmann zur Beobachtung gelangte.



Der vorliegende Fall zeigt außer Tumoren und Pigmentnaevi noch einen schmerzhaften Tumor, der mit dem Processus xiphoides verwachsen zu sein scheint, und von welchem auf einer Klinik ein Teil exzidiert wurde. E. erinnert an die verschiedenen Formen der Affektion bei Neurofibromatosis, besonders aber an eine wenig beachtete, nämlich persistente follikuläre Hyperkeratose neben den anderen Erscheinungen. Tumoren der Sella turcica wurden von ihm zweimal beobachtet, der eine von Lier publizierte Fall zeigte Status adiposogenitalis, welche Erscheinung im zweiten Fall ebenfalls, jedoch weniger ausgesprochen vorhanden war; psychische Defekte waren in beiden Fällen nachweisbar.

Bei der histologischen Untersuchung kommt E. zur Ansicht, daß wohl die jungen Tumoren von einem gliaähnlichen Bindegewebe gebildet werden, also den Resten der ektodermalen Bildungszellen der Nerven ihre Entstehung verdanken, daß aber durch ihre tumorähnliche Wucherung auch das Mesoderm zur Hyperplasie angeregt wird, so daß in den Tumoren auch mesodermale Elemente gewuchert sind.

Kren demonstriert zwei Patienten als Repräsentanten einer Reihe von akuten Stomatitiden, wie man sie jetzt gehäuft sieht. Interessant erscheint, daß der eine Patient, der vor zwei Wochen aus einem italienischen Gefangenenlager bei Nervesa, Prov. Treviso zurückgekehrt ist, angibt, daß dort die Erkrankung im Lager endemisch aufgetreten ist, da von 100 Gefangenen ca. 90 erkrankt waren. — Die Nahrung bestand im Lager zum großen Teile aus amerikanischem gesalzenen Schweinefleisch. Die Affektion stellt sich als akute Stomatitis dar, die Zungen-, Gaumen- und Wangenschleimhaut befällt und auch über die Mundwinkel in das Lippenrot reicht. Klinisch bestehen fleckige, helle Rötungen, die peripher progrediert sind, confluieren und zentral Rückbildungserscheinungen aufweisen; stärkere Exudation- oder Sekundärerscheinungen bestehen nicht. Subjektiv stört die Erkrankung durch Brennen bei heißen oder sauren Speisen, sowie beim Rauchen. Der eine Patient leidet schon seit 9 Monaten an der Affektion und kann sie trotz der geänderten Lebensweise in Wien nicht los werden; der zweite Patient, der die Erkrankung in viel milderer Form zeigt, ist aus Wien in den letzten Monaten nicht herausgekommen. Er ist seit ca. 6 Wochen erkrankt.

Oppenheim: Ich habe schon vor $1^1/_2$ Jahren hier einen Fall von Stomatitis bei einem aus russischer Kriegsgefangenschaft zurückgekehrten Mann vorgestellt und habe dabei auf die Häufigkeit der jetzt vorkommenden Stomatitisfälle hingewiesen, die ich mit der Ernährung in Zusammenhang gebracht habe. Es schloß sich damals eine längere Diskussion an. Es scheint dies in Vergessenheit geraten zu sein.

Mucha erinnert daran, daß er seinerzeit auf das gehäufte Vorkommen von Stomatitiden bzw. skorbutähnlicher Erkrankung aufmerksam gemacht hat, die er im Filialspitale „Asyl" sowie ambulant beobachten konnte und mit den damals herrschenden besonders ungünstigen Ernährungsverhältnissen

in Zusammenhang gebracht hat. Auf interne Citronensäuredarreichung trat **sehr rasche Rückbildung** ein.

Spitzer demonstriert:

Einen 58jährigen Mann, der auf der gerunzelten Haut des Penisschaftes und des Hodens kleinste, gelblichrote, glänzende, nur wenig über das Hautniveau erhabene, scharffazettierte Efflorescenzen aufweist. Letztere sind in Reihen und Girlanden gestellt und zeigen auf ihrer Höhe eine weißliche kleinlamellöse oder kleienförmige Abschuppung, die durch Kratzen mit dem Fingernagel noch deutlicher hervortritt. Nach Entfernung des Schüppchens zeigt die Basis eine glänzendrote Oberfläche ohne capilläre Blutung. Die Affektion besteht mehrere Monate und verursachte anfangs dem Patienten geringes Jucken. Sonst ist der ganze Körper und die Schleimhaut des Mundes frei von Erscheinungen. Pilze konnten in den Schuppen nicht gefunden werden. Trotz einer gewissen Ähnlichkeit mit einem Lichen ruber planus möchte ich die Affektion wegen der geringen Infiltration, der vorhandenen zarten Schuppenbildung, des ganz geringfügigen Juckreizes und der Konstanz der Herde für eine auf das Genitale beschränkte Pityriasis lichenoides chronica auffassen, wie sie Brocq unter die Gruppe der Parapsoriasis lichenoide subsummierte.

Auf eine Erscheinung möchte ich hier aufmerksam machen, die man auch bei anderen parakeratotischen Dermatosen, so bei Psoriasis, schuppenden Ekzemen und Syphiliden und mykotischen Erkrankungen an der gerunzelten Haut des Penis und Skrotums beobachten kann. Unabhängig von der Konfiguration sui generis der einzelnen Efflorescenzen sieht man letztere in kleine Bänder und Girlanden dadurch zusammentreten, daß sie sich nur auf der Höhe der freiliegenden Hautfalten entwickeln und mit einer Schuppe bedecken, während in den Tälern der Hautfalten die Schuppung durch Maceration infolge des Schweißes nicht zustande kommt. Diese streifenförmige Zeichnung tritt recht deutlich dann zu Tage, wenn man die gerunzelte Haut entfaltet.

Polaček demonstriert aus dem Ambulatorium Sachs eine 57jährige Frau, welche auf der Innenfläche des rechten Oberarmes ein Krankheitsbild darbietet, welches als Lupus vulgaris zu bezeichnen ist. Außerdem besteht auf der Beugefläche des rechten Vorderarmes sowie auf dem rechten Handrücken je ein Knoten von bläulichroter Farbe und weicher Konsistenz, welche als Gommes scrophouleuses anzusprechen sind. Die histologische Untersuchung hat die klinische Diagnose vollständig bestätigt. Nach Injektion von 1 mg Alttuberkulin trat außer einer leichten Allgemeinreaktion eine deutliche Stich- und Herdreaktion auf, außerdem zeigten sich auf dem rechten Vorderarm mehrere hellrote Knoten vom Typus des Gumma scrophulosorum, welche nach einigen Tagen wieder vollständig sich zurückbildeten. Am Mittelfinger der rechten Hand

waren auch einzelne hellrote Herde aufgetreten. Im Alter von 16 Jahren soll Patientin an diesem Finger eine Verletzung erlitten haben. Der Lupus vulgaris besteht seit 16 Jahren und die Knoten seit 4 Monaten.

Sachs demonstriert einen 27jährigen Patienten, welcher im Gesicht, am Nasenrücken, in der Schläfegegend verschieden große, unregelmäßig begrenzte, leicht bräunlich pigmentierte Herde mit einem zartvioletten Farbenton zeigt. Ein auf der rechten Wange sowie vor der linken Ohrmuschel befindlicher Herd zeigt eine ganz zarte Fältelung, welche klinisch schon als eine oberflächliche Atrophie angesprochen werden kann. Außerdem haben einzelne Herde deutlich erweiterte Follikel. Die Affektion besteht seit zwei Jahren. Es handelt sich um das Krankheitsbild eines Lupus erythematodes.

Perutz stellt aus der Abt. Prof. Ehrmann eine 11jährige Patientin mit einem Röntgenulcus vor, das die Interskapulargegend in ungefähr zwei Handtellergröße befallen hat. Bei der vor 7 Wochen erfolgten Spitalaufnahme zeigte das Geschwür, das seit 6 Monaten bestand, absolut keine Heilungstendenz, war mit schmierigen, übel riechenden nekrotischen Partien bedeckt und verursachte derartige Schmerzen, daß das Kind nächtelang nicht schlafen konnte. Die bisherige Therapie, Wasserstoffsuperoxyd und Argentumsalben, war erfolglos.

Perutz verwendete nun die von Luithlen angegebene Kolloidtherapie zum ersten Male bei Röntgenulcera. Er injizierte der Pat. Gonokokkenvaccine intravenös. Schon nach den ersten Einspritzungen war ein eklatanter Erfolg sichtbar: Das schmierigbelegte Ulcus begann sich zu reinigen, die nekrotischen Fetzen stießen sich ab, der Grund zeigte mächtige Granulationen, die Schmerzen hörten auf. Nach 6 Injektionen trat eine allmähliche Stockung des Heilungsprozesses ein. Es wurde nun eine einwöchentliche Pause eingeschaltet und hierauf Collargol intravenös injiziert, das wiederum einen wesentlichen Fortschritt des Heilungsprozesses bewirkte.

Die Kolloidtherapie nach Luithlen kann bei Röntgenulcus mit gutem Erfolge angewendet werden.

Volk kann aus eigener Erfahrung bestätigen, daß kleinere Röntgen- und Radiumulcera auf verschiedene Medikationen, so auch besonders gut durch Behandlung nach Pfannenstiel (Bogrow) zur Abheilung kommen. Die größeren jedoch verkleinern sich bis zu einem gewissen Grade und gehen dann nicht mehr vorwärts. Für diese Fälle, deren Verlauf in der schlechten Ernährung von den Randpartien aus seine Erklärung findet, hat Volk schon vor Jahren die Exstirpation weit im Gesunden mit nachfolgender plastischer Deckung oder nach Thiersch als einzige rationelle Methode empfohlen.

Fischl stellt aus der Abteilung Professor Ehrmann vor:

1. Eine Patientin mit einem dem späten Sekundärstadium zukommenden papulo-squamären Rezidivexanthem am Stamme sowie einem Lichen syphiliticus in der Unterbauchgegend; an



der linken Gesäßbacke findet sich ein seit der Kindheit bestehender flachhandgroßer Herd von Lupus vulgaris. Wassermannreaktion ist positiv. Die Anamnese ergibt, daß die Eltern der Patientin an Lungentuberkulose gestorben sind, sie selbst hatte wiederholt Hämoptoe. Trotz ihres augenblicklich glänzenden Aussehens müssen die tuberkulösen Autezedentien sowie die manifeste Hauttuberkulose als Erklärung für das Auftreten des Lichen syphiliticus herangezogen werden, der sich nur bei Tuberkulösen findet.

2. Einen Fall von Lupus erythematosus disseminatus mit typischen Herden im Gesicht und hinter den Ohren. Ein Herd am Kinn reicht bis weit in das Lippenrot hinein. Eigenartig ist das Befallensein beider innerer Ohrmuscheln. Die Tuberkulinpercutanreaktion nach Moro ist stark positiv.

Kren möchte bei dem vorgestellten Fall auf die hochgradige Erkrankung der Conjunctiva palpebrarum hinweisen, die auch als Erythematodes aufzufassen ist. — Der Erythematodes macht an der Bindehaut der Lider meist nur Rötung und geringe Schwellung, die von einer banalen Entzündung nicht zu unterscheiden ist, wenn die Affektion nicht in scharfumschriebenen Krankheitsherden über den Lidrand reicht. In dieser Zone fallen dann die Cilien stets aus, so daß trotz der scheinbar banalen Entzündung doch ein im allgemeinen leicht diagnostizierbares Bild resultiert. An der Bindehaut ist die Rötung nur äußerst selten scharf umschrieben zu sehen, da die Erythematodes-Plaque durch die allgemeine Injektion der ganzen Conjunctiva in ihren Grenzen verwischt wird.

Im vorgestellten Falle ist die Conjunctiva auch in ihrer Totalität injiziert, doch ist der Lidrand bloß in circumscripter Weise befallen. Dort fehlen die Cilien. Ich möchte deshalb diesen Fall als einen absolut sicheren Erythematodes der Conjunctiva bezeichnen.

3. Einen Fall von Psoriasis vulgaris punctata guttata, numularis et annularis am Stamme, den Augenbrauen, beiden Ohren und den Extremitäten. An beiden Unterarmen verlaufen symmetrisch, der Ulnakante entsprechend, scharf begrenzte, an eine Systemerkrankung erinnernde Plaques, die die neuropathische Theorie der Psoriasis — Verlauf entlang dem Nervus ulnaris —, die namentlich in Polotebroff, Bourdillon (Besnier) und Kuznitzky ihre Vertreter gefunden hat, zu stützen scheinen. Die Erklärung der genannten Lokalisation ist wohl zwanglos als „Psoriasis und Reizung" dadurch gegeben, daß der Patient in letzter Zeit stark abgenommen hat und die Haut der Ulnakante entsprechend stärkeren mechanischen Irritationen ausgesetzt war.

Planner stellt aus der Klinik Finger eine 9jährige Patientin mit typischem Angiokeratom (Mibelli) vor. Die Affektion tritt seit mehreren Jahren regelmäßig im Herbst auf, um im Frühjahr spontan zu schwinden. Wie so häufig findet sich das Angiokeratom auch hier an einem Individuum mit träger peripherer Zirkulation, die in einer kühlen Beschaffenheit und lividen Verfärbung der Hände und Füße sowie in dem Vorhandensein von Pernionen ihren Ausdruck findet. Was die familiäre Disposition betrifft, so leidet ein Bruder der Patientin gleichfalls an Pernionen. Im Hinblick auf die seinerzeit



viel diskutierte Frage der Beziehungen des Angiokeratoms zur Tuberkulose ist zu bemerken, daß die Patientin auf subcutane wie intradermale Tuberkulinapplikation negativ reagierte und auch die Pirquetsche Reaktion negativ war, wodurch der Fall dem seinerzeit von Brandweiner mitgeteilten an die Seite zu stellen wäre.

Straßberg demonstriert aus der Klinik Hofrat Finger eine 37 jährige Patientin, bei der die Haut des Gesichtes und beider Handrücken bis zur Hälfte der Vorderarme hinaufreichend schwarzbraun pigmentiert ist, während die übrige Körperhaut normal gefärbt ist. Die Gesichtshaut schuppt kleienförmig ab, die beiden Nasenflügel zeigen follikuläre Hyperkeratose, an den Handrücken sieht man großlamelläre Abschuppung, an der Volarfläche der Handgelenke und an den Interdigitalfalten sind Epitheldefekte, die von teilweise miteinander konfluiert gewesenen gesprungenen Blasen herrühren. Die Handteller sind frei, die Fingernägel unverändert. Am linken Ellbogen besteht ein etwa 5-Kronenstück großer schwarzbraun schuppender Herd. Die Patientin leidet an schweren blutigen Diarrhöen, Sodbrennen, Schwindelgefühl und Kopfschmerz und macht einen psychisch desäquilibrierten Eindruck. Diesem Symptomenkomplex entsprechend handelt es sich um eine Pellagraerkrankung. Die Patientin ist Wienerin und hat seit Jahren Wien nicht verlassen. Sie gibt an, viel Maisgries gegessen zu haben. Als vor 4 Monaten ihre Diarrhöen begannen, wurde sie in das Dysenteriespital gebracht, wo sie gegen ihre sonstige Gewohnheit Sonnenbäder genommen hat. Hierauf schwollen Gesicht und Hände stark an; an den Händen kam es zu Blasenbildung, schließlich wurden Gesicht und Hände schwarzbraun.

Ob der Genuß von verdorbenem Mais allein, oder ob auch andere Ernährungsschädlichkeiten (z. B. Lupinen im Kriegskaffee) imstande sind, den pellagrösen Symptomenkomplex hervorzurufen, ist noch nicht entschieden.

Oppenheim: Ich freue mich, daß meine Prophezeihung vom vorigen Jahre, als ich meinen Fall von pellagraähnlichen Hautveränderungen hier und in der Gesellschaft der Ärzte vorstellte, so bald in Erfüllung gegangen ist, und daß wir jetzt Gelegenheit haben, autochthone Pellagra in Wien zu sehen. Ich zeigte damals Photographien eines Falles von echter Pellagra, den ich auf meiner militärischen Abteilung hatte und der im Felde an der italienischen Front erkrankte. Der Pat. starb mit der ganzen Trias der Symptome an echter Pellagra. Ein zweiter Fall wurde von mir im Krankenkassenambulatorium beobachtet. Auch davon zeigte ich die Photographien. Die betreffende Person zeigte nur Hautveränderungen. Als dritter Fall figuriert der oben erwähnte, von mir demonstrierte, und nachher hatte ich noch Gelegenheit, einen vierten Fall von pellagraähnlichen Symptomen zu beobachten. Die Ursache liegt offenbar nicht immer im Maisgenuß. Es scheinen ungünstige Ernährungsverhältnisse überhaupt, vielleicht auch ungenügende, einförmige Ernährung dabei Schuld zu sein. In allen Fällen, wo symmetrisch angeordnete, scharf begrenzte, das Gesicht und Handrücken betreffende Erytheme rezidivierend oder chronisch beobachtet werden, sollen wir an Pellagra oder Pellagroid denken. Dabei sind nicht immer die vom Licht betroffenen Stellen der Sitz der Erkrankung, sondern



auch Stellen, die von Kleidern oder sonstwie irritiert werden. Es scheint, daß die Haut überhaupt allen möglichen Reizen gegenüber, also auch im Lichte überempfindlich ist. Auch in dem vorgestellten Falle sehen wir, daß beide Ellbogen eine streifenförmige, hyperkeratotische und hyperpigmentierte Haut zeigen. Von meinen Fällen zeigten zwei diese Lokalisation. Jadassohn hat in der Schweiz nach Genuß von Maisschnaps pellagraähnliche Symptome in vier Fällen auftreten sehen, die beweisen, daß auch außerhalb von Pellagragegenden bei geeigneten Bedingungen Symptome namentlich auf der Haut auftreten können, die als auf Pellagra verdächtig gedeutet werden können.

Kerl demonstriert aus der Klinik Hofrat Riehl:

1. Einen 19jährigen Burschen mit einem seit Juni d. J. bestehenden Exanthem, das sich aus einzelnen, vorwiegend lividroten Knötchen zusammensetzt. Die Knötchen stehen besonders reichlich an der Unterbauchgegend und am Rücken, einzelne von ihnen tragen an der Spitze eine Pustel. Am Hals des Patienten sieht man Narben nach abgeheilten, wahrscheinlich spezifischen tuberkulösen Prozessen. Farbe und Beschaffenheit der Efflorescenzen lassen den bestehenden Ausschlag als Tuberkulid ansprechen, mit welcher Diagnose auch der histologische Befund in Einklang steht. Die Wassermann-Reaktion ist negativ. Auf subcutane Injektion von 5 Decimille trat lebhafte Reaktion an der Einstichstelle auf. Kein Fieber, keine Herdreaktion.

Volk fragt, ob Tuberkulininjektion, resp. Tierversuch gemacht worden ist und wie diese Untersuchungen ausgefallen sind. Er würde die Affektion für einen Lichen syphiliticus halten. Es ist kein Gegenbeweis, daß derselbe auf antiluetische Kur nicht reagiert, ja manchmal während der spezifischen Kur sogar erst auftritt, vielmehr ist dieses Vorkommen bekannt. Wird unter solchen Umständen die Kur unterbrochen, ein roborierendes Verfahren eingeleitet, Decoct. Sarsaparillae gegeben, nach einiger Zeit erst wieder antiluetisch behandelt, dann sieht man diese Exantheme vollständig schwinden. Daß eine Tuberkulose wie auch andere Ernährungsstörungen beim Zustandekommen des syphilitischen Lichen eine Rolle spielen, soll natürlich nicht in Abrede gestellt werden.

2. Ein 8jähriges Kind, das mit einem Geschwür am Mundwinkel zur Aufnahme kam. Wiederholte Spirochätenuntersuchungen waren negativ. Es trat dann ein luetischer Hautausschlag auf, in dessen Efflorescenzen Spirochätennachweis gelang. Das Kind wurde einer energischen antiluetischen Behandlung mit Quecksilberinjektionen und Salvarsan unterzogen; während der Kur entwickelte sich nun ein knötchenförmiges, reichlich ausgebreitetes Exanthem. Die Knötchen stehen häufig zu Gruppen, der Farbenton der älteren Efflorescenzen, die an der Kuppe bisweilen leicht schuppen, ist ein bräunlichroter. — Spricht hier schon das Auftreten des Exanthems und die weitere Ausbreitung desselben trotz energischer antiluetischer Behandlung dagegen, daß es sich um einen syphilitischen Hautausschlag handelt, so ergab die mikroskopische Untersuchung das Bild eines Tuberculides. Die Knötchen bestehen histologisch aus Epitheloidzellen, Riesenzellen und einem Leukocytenwall.

Finger kann sich der Diagnose eines Tuberculids nicht anschließen, sondern hält das Exanthem auf Grund seines klinischen Aussehens für ein lue-



tisches. Auch der Umstand, daß dasselbe während einer antiluetischen Kur aufgetreten und trotz intensiver Fortsetzung derselben nicht beeinflußt wurde, spricht nicht gegen die luetische Natur derselben. Refraktäres Verhalten luetischer Manifestationen gegen unsere Antisyphilitica kommt gelegentlich zur Beobachtung. In solchen Fällen sei unter Weglassung der Spezifica zunächst eine rein roborierende Therapie am Platze, worauf eine nach mehreren Wochen frisch einsetzende antiluetische Therapie meist rasch zum gewünschten Erfolg führe.

Kerl: Gegenüber dem Einwand, daß das Exanthem bei dem zweiten demonstrierten Fall als luetisches aufzufassen ist, verweist Kerl abermals auf das monatelange refraktäre Verhalten des Ausschlages gegenüber der energischen, antiluetischen Behandlung. Auch im histologischen Präparat sind die Gefäße derart beschaffen, daß von luetischen Veränderungen der Gefäßwand schwerlich gesprochen werden kann.

Auch der 3. Fall ist insofern interessant, weil es sich um einen Patienten handelt, bei dem die Diagnose im Beginn nicht mit Sicherheit gestellt werden konnte. Neben dem Hautausschlag bestand eine allgemeine Lymphdrüsenschwellung, insbesondere fiel die mächtige Schwellung der Halslymphdrüsen auf; Wassermann-Reaktion war damals positiv. — Das Exanthem, mit dem der Patient zur Aufnahme kam, hat sich allerdings zum Teil zurückgebildet, jedoch waren die Efflorescenzen im Beginn der Behandlung ziemlich ähnlich den jetzt bestehenden. Es finden sich einzelne zerstreut stehende Efflorescenzen in reichlicher Zahl am Stamm und an den oberen Extremitäten. Neben kleineren Knötchen finden sich solche bis über Erbsengröße, zum großen Teil subcutan gelagert, unscharf abgrenzbar, an wenigen Stellen mit einer zentralen Pustel. Nach genauer Blutuntersuchung behufs Ausschließung lymphatischer Prozesse wurde die Diagnose auf ein acneiformes Tuberculid gestellt. Die Probeexcision ergab ebenfalls ein vorwiegend folliculäres Infiltrat aus Epitheloidzellen mit Riesenzellen.

Wegen der positiven Wassermann-Reaktion wurde eine antiluetische Kur eingeleitet mit Salvarsan und Modenol, ohne daß eine wesentliche Änderung des Exanthems zu verzeichnen gewesen wäre. Besserung trat erst ein nach systematischer Bestrahlung mit der Quarzlampe.

Arzt demonstriert aus der Klinik Hofrat Riehl:

1. Einen 13jährigen Knaben, bei dem sich auf der Vorderseite des Stammes, insbesondere in der Bauchgegend, dann aber auch an beiden Flanken miteinander konfluierende, scheibenförmige, leicht entzündliche Herde finden. Vereinzelt stehende Scheiben zeigen teils eine ovale Form, sind entzündlich gerötet, über das Hautniveau prominent und weisen vereinzelt papulöse Efflorescenzen auf, während der größte Teil der Herde schuppt. Der Junge gibt an, zuerst einen ebenso beschaffenen Herd links neben dem Nabel bemerkt zu haben, der nach Applikation von Salben sich immer mehr und mehr ausbreitete. — Die mikroskopische Untersuchung ergab einen positiven Pilzbefund, so daß es sich um einen Herpes tonsu-



rans corporis handelt, dessen Weiterverbreitung über den Körper jedenfalls durch äußere therapeutische Maßnahmen begünstigt wurde.

Kren: Im vorgestellten Falle besteht ein Herpes tonsurans, am wahrscheinlichsten durch Umschläge bedingt; mit einem Lichen trichophyticus hat das Krankheitsbild nichts gemein.

Fälle von Trichophytiden kommen aber sicher vor. Obzwar Kren bei der herrschenden Trichophytonepidemie unter zahllosen Fällen keinen einzigen Fall beobachten konnte, sah er 2 Fälle von Lichen trichophyticus im Sommer 1915. Beide Fälle betrafen zwei Kinder — es waren Brüder —, die sich vom selben Meerschweinchen, mit dem sie spielten, infiziert hatten. Die primäre Affektion war bei beiden Brüdern die gleiche; es entstanden am Capillitium erstmal scheibenförmige Herde, die sehr bald hoch anschwollen und schon nach wenigen Tagen tiefe Infiltrate ergaben, die aber nicht dem Bilde der jetzt so häufigen furunculoiden Form entsprachen, sondern cutansubcutane Abscesse ergaben, die schließlich aufbrachen und bis an 2 Kronengroße Hautdefekte ergaben mit weiterhin unterminierten Rändern. Das Bild des ersterkrankten Jungen, den Kren erst in diesem Stadium zu Gesicht bekam, war ein derartig fremdes, daß keine Diagnose gestellt werden konnte. Die Impfung auf Maltoseagar ergab aber eine Reinkultur von Trichophyton. — Bald danach kam dann der Bruder des Kranken zur Behandlung mit der frischen Affektion, die damals noch typisch war, aber in kurzer Zeit zu dem gleichen abnormen Bilde sich umgestaltete.

Nach wenigen Wochen entwickelte sich dann bei beiden Kindern unter geringen Temperaturerscheinungen ein scarlatiniformes disseminiertes Knötchenexanthem. Die Efflorescenzen waren blaßrot und ohne Exsudation. In ihnen waren trotz oftmaligen Suchens keine Pilze nachweisbar.

Es scheinen also zur Entwicklung eines Lichen trichophyticus mehrere kausale Bedingungen notwendig zu sein, die vielleicht am Stamm, vielleicht aber auch im Individuum liegen; denn es ist auffallend, daß es sich um zwei kindliche Brüder handelte, die beide vom selben Stamm (Meerschweinchen) sich infizierten und auffallend stürmische Infektionen durchmachten.

Die Erkrankung ist mit ausgedehnter Eiterung einhergegangen, so daß leicht ein Einbruch des Virus als solchen, oder seiner Toxine ins Blut erfolgen konnte.

Finger bemerkt zu der von Arzt aufgeworfenen Frage, ob es einen Lichen trichophyticus gäbe, daß er diese Affektion einmal beobachten konnte. Es handle sich um über die Haut des Stammes verteilte kleinste Knötchen, die an ihrer Spitze ein Schüppchen tragen; in Übereinstimmung mit der Annahme, daß es sich beim Lichen trichophyticus um ein hämatogen entstandenes Exanthem handle, sei auch der Pilzbefund in den Efflorescenzen derselben stets ein negativer.

Hingegen habe er in zwei, dem von Arzt vorgestellten analogen Fällen die Beobachtung gemacht, daß an den um die mykotische Scheibe lokalisierten Knötchen Scutula zur Entwicklung gelangten. Es wäre also auch in dem vorgestellten Fall daran zu denken, daß als Erreger nicht ein Trichophyton, sondern eine Achorionart in Frage kommen könne.

2. Einen 22jährigen Mann, der bei der Aufnahme im Bereich des Naseneinganges, dann auch an der Oberlippe papilläre Wucherungen zeigte. Daneben fand sich in der rechten Gesichtshälfte ein isoliert stehender, entzündlicher Herd und ein zweiter auf der Beugeseite des linken Vorderarmes; ein ausgesprochenes Infiltrat war bei Glasdruck nicht erkennbar. Die Probeexcision dieses Falles ergab einen typischen tuberkulösen Bau bei relativ tiefer Lagerung der Knötchen in der Cutis, dabei eine außerordentlich mächtige Epithel-



wucherung, die, wie die Schnitte zeigen, an einer Stelle bereits in die Tiefe eindringt, so daß neben der Diagnose papillomatöser Lupus der Verdacht einer eventuell beginnenden malignen epithelialen Wucherung besteht.

Kumer demonstriert aus der Klinik Hofrat Riehl:

Einen 9jährigen Knaben, der auf den Fußsohlen eine ausgesprochene Tylositas zeigt; am Rande jedoch bemerkt man schon kleine knötchenförmige Efflorescenzen. Die Hohlhände zeigen ebenfalls eine Verdickung der Haut, daneben aber reichliche Knötchen, die peripheres Wachstum zeigen. Die Endphalangen der Finger und das Nagelbett sind von Schuppen bedeckt, das Nagelbett selbst geschwollen. — An der linken Schulter zeigt der Knabe einen etwa fünfkronenstückgroßen, braunroten Herd, der teilweise mit silberweiß glänzenden Schuppen bedeckt ist. Kleine, schuppende Efflorescenzen finden sich auch am rechten Knie. Im Bereich des Capillitiums finden sich ebenfalls verstreute, mit weißen Schuppen bedeckte Herde und ein ebensolcher an der Hinterseite des linken Ohres.

Es handelt sich um eine Psoriasis vulgaris mit vornehmlicher Beteiligung der Vola manus und Planta pedes.

Kren: Neben der diffusen Form der Psoriasis an Hohlhänden und Fußsohlen kommt noch eine disseminierte Knötchenform in Betracht. Diese letztere kann einem Lichen ruber planus der Palmae und Plantae oftmals so ähnlich sein, daß eine Differentialdiagnose nicht möglich ist.

Fachzeitschriften.

Dermatologische Wochenschrift.

Bd. LXIX. Nr. 27.

Frühwald, R. Atophan bei Hautkrankheiten. p. 427.

Günstige Erfolge bei Urticaria, Strophulus, Prurigo. 3—4 g täglich durch 3—4 Tage. Die Wirkung kommt vielleicht zustande durch Entsäuerung des Organismus, die die Durchlässigkeit der Gefäße herabsetzt.

Michalik, R. Über die Leukocytenformel verschiedener Hautefflorescenzen. p. 428.

Untersuchung von 20 Lupus vulgaris-Fällen. Vier nicht oder mit Salbe behandelte Fälle zeigten starke, 2 von 10 mit Höhensonne allgemein behandelten Fällen (unter Abdeckung des Herdes) starke bzw. deutliche, 1 von 6 auch mit Röntgen bestrahlten starke Lymphocytose. Aber auch 2 Fälle von Lues III hatten deutliche Werte. Die anderen untersuchten Fälle zeigten nichts. Die Methode kann wohl erst bei der Unmöglichkeit einer Probeexzision oder einer

Untersuchung nach Pirquet und nach Wassermann in Frage kommen.

Rühl, K. Roberto Campana. Nekrolog.

Unna, P. G. H. G. Brooke. Nekrolog.

Nr. 28.

Stümpke, G. Über Ulcera gangraenosa. p. 443.

Empfehlung des Salvarsans zur Behandlung der Ulcera gangraenosa. In dem einen Fall trat rasche Heilung ein. Der 2. Fall ging trotz dieser Behandlung septisch zugrunde, wenn auch ein vorübergehender günstiger Einfluß auf den Prozeß nicht zu verkennen war. Es hatten sich nämlich die Geschwüre auf die Lenden- und Analgegend ausgebreitet und waren am rechten Oberschenkel tief in die Muskulatur eingedrungen. Von Interesse ist, daß diese so bösartigen Geschwüre aus Ulcera mollia hervorgegangen und auch zu Zerfall der regionären Drüsen geführt hatten.

Michaelis, P., Das Hypochlorit in der Behandlung der Haut- und Geschlechtskrankheiten. p. 450.

Gute Erfolge bei Ulcera mollia und Geschwürsprozessen der Haut (Streupulver, Umschläge, Salben), bei Gonorrhöe und jauchigen Cystitiden (Spülungen), bei Anginen und Stomatitiden.

Nr. 29.

Deussen, E. Beiträge zur Kenntnis der in der dermato-venereologischen Praxis gebräuchlichen Balsamika. p. 459.

Nicht beendet.

Meyer, F. M. Zur Röntgenbehandlung der Induratio penis plastica. p. 469.

Günstige Beeinflussung zweier Fälle durch Röntgenbestrahlung. Bei der Bestrahlung kommt es nicht nur auf die Dosenzahl, sondern auch auf die Technik an. Die Bestrahlung mit Lilienfeldröhre ist für den Erfolg nicht maßgebend.

Nr. 30.

Ehrmann, S. Kasuistische Bemerkungen über tertiäre skleröse Glossitiden, ihre Beziehungen zum Carcinom und zu perioralen Ekzemen. p. 475.

Darstellung zweier Fälle von Glossitis tertiaria mit Carcinom und eines Falles von Zungencarcinom bei einem Luetiker ohne Glossitis sklerotica aber auf Boden einer Leukoplakie. Ehrmann hat im ganzen 38 Fälle einfacher Glossitis tertiaria ohne Carcinom und ohne Leukoplakie beobachtet, er sah sie schon 3 und 4 Jahre p. i. Die Leukoplakie hängt nach seiner Meinung nicht notwendigerweise mit Lues zusammen, doch findet sich kein durchgreifender Unterschied in Form und Verlauf der Leukoplakie bei Lues und Nichtlues. Bei Glossitis tertiaria hat Ehrmann mehrmals periorale Ekzeme

beobachtet, infolge nächtlicher Speichelung wegen Volumzunahme der Zunge und reichlicher Sekretion des Speichels durch den Reizzustand der Zungenschleimhaut.

Deussen, E. Beiträge zur Kenntnis der in der dermatovenereologischen Praxis gebräuchlichen Balsamica. p. 479.

Ausführliche Darstellung der Gewinnung, Ausfuhrverhältnisse und Verwendung des Copaivabalsams, nebst botanischen und pharmakochemischen, sowie physikalischen Daten. Auch der Nachweis von Verfälschungen sowie physiologisch-chemische und medizinische Verhältnisse werden besprochen.

Nr. 31.

Gans, O. Zur Frage der spezifischen Gonokokkenfärbung. p. 491.

Die Kindbergsche Modifikation der von Lesczynski angegebenen Art (Färbung mit Karbol-Thioninlösung durch 1′, Abspülen, Abtupfen, dann alkalische Pikrinsäurelösung 1′, rasch Alkohol, dann Wasser) ist nach Gans kein Fortschritt. Er empfiehlt besonders zur Darstellung der intracellulären Gonokokken die Färbung nach Bettmann (Jodgrünkarbolwasser — Karbol-Fuchsin s. Original).

Voelckel, E. Beitrag zur Kenntnis der linearen Hauterkrankungen. p. 493.

In den beiden geschilderten Fällen handelt es sich um lichenoide juckende Efflorescenzen in streifenförmiger Anordnung an den oberen Extremitäten. Im zweiten Fall war der Beginn der Erkrankung von Allgemeinerscheinungen begleitet (Fieber, Erbrechen, Durchfall). Eine Übereinstimmung der Lokalisation mit den Voigtschen Grenzlinien scheint nicht zu bestehen, auffallend ist aber der ungefähr parallele Verlauf des Exanthems zu diesen Linien. Sein Ausbreitungsgebiet erstreckt sich über das mehrerer sensibler Hautnerven. Im ersten Fall entspricht die Lokalisation dem Gebiet des 8. Cervical- und 1. Thorakalsegments, im zweiten dem des 6. Cervicalsegments. Der eigenartige Verlauf der Erkrankungen läßt eine zentrale Ursache annehmen, sei es im Rückenmark oder im Intervertebralganglion, wobei natürlich ein Beweis für diese hypothetische Annahme nicht zu erbringen ist. Dementsprechend bezeichnet Voelckel die Fälle als segmentale oder metamerale Hauterkrankungen, die dem Verlaufsgebiet eines Dermatoms entsprechen. Verf. berichtet noch über einen Fall linearer Psoriasis, die in ihrem Verlauf ziemlich genau der inneren Voigtschen Linie am Ober- und Unterschenkel entspricht.

Nr. 32.

Schweich, L. Kriegserfahrungen über Gonorrhöe. p. 507.
Nicht beendet.

Freischmidt, W. Über einen Fall von isoliertem Vorkommen von Phthiriasis inguinalis in den Cilien. p. 517.
Der Inhalt ist durch den Titel gegeben.

Nr. 33.

Zimmern, J. Zur klinischen Brauchbarkeit der Ausflockungsreaktion nach Sachs und Georgi. p. 523.

Von 854 untersuchten Sera stimmten 715 mit WaR. überein = 83,9%. 139 = 16,1% zeigten ein differentes Ergebnis, und zwar war bei 104 Fällen WaR. empfindlicher, bei 35 war S.G. stärker. Von Nichtlues wurden 173 Sera untersucht; sie waren sämtlich nach beiden Reaktionen — bis auf 8, die Wa.R. ±, S.G. — waren. Bei Ulcus molle konnten keine auffallenden Differenzen konstatiert werden. In 23 Fällen wurde die Lumbalflüssigkeit untersucht. 20 mal volle Übereinstimmung. Im Gegensatz zu anderen Autoren konnte Verf. nicht bestätigen, daß bei antiluetisch behandelten Syphilitikern der Umschlag der + S.G.R. in die negative Phase später erfolgt als bei WaR., auch nicht daß S.G.R. früher + wird als WaR. Bei + Schwankung wurde die S.G.R. später +, um auch früher als die WaR. wieder abzuklingen. Nach der Ansicht des Verf. ist der + Ausfall der genau nach Originalvorschrift ausgeführten S.G.R. ein ebenso genauer Indicator für Lues wie eine + WaR.

Schweich, L. Kriegserfahrungen über Gonorrhoe.

Bericht über 700 an der Ostfront behandelte Fälle, 20% Unteroffiziere, 80% Mannschaft. 32% hatten schon früher ein- oder mehrmals eine Geschlechtskrankheit durchgemacht. Von den im Kriege vorgekommenen Gonorrhöen waren 79,8% im Felde, 20,2% in der Heimat erworben, von letzteren 5,2% beim Ersatztruppenteil kurz vor dem Abrücken ins Feld, 15% während des Urlaubs. Die Infektionsquelle ließ sich nur in 56,7% ermitteln und unschädlich machen, bei den Heimatsinfektionen konnten in 78% keine näheren Angaben gemacht werden. Die gewöhnliche Prophylaxe war bei 445 Infektionen bei der Truppe in 79%, bei 114 Infektionen gelegentlich von Abkommandierungen in 83,5%, bei 104 Infektionen auf Urlaub in 93,5%, bei 37 beim Ersatztruppenteil in 87% nicht ausgeführt worden. Bei den 700 akuten Gonorrhöen traten in 4% Epididymitiden, in 8% Prostatitiden auf. Zur Behandlung verwandte Verf. mit Erfolg Argent. proteinic. Injektionen $^1/_4$—1%, daneben täglich Janetsche Spülung mit Hg. oxycyanat. 1 : 4000 oder Kal. hypermang. 1 : 4000 („prophylaktische“ Behandlung der Posterior). Dauer der Behandlung 4 Wochen. Danach Provokation. Auf diese Weise wurden 83,6% geheilt. Postgonorrhoische Katarrhe traten nach reiner Protargolbehandlung fast nie auf. 16,4% bedurften noch einer zwei- bis dreiwöchigen Behandlung zur Ausheilung. Provoziert wurde mit $^1/_2$% Arg. nitric. (6% H_2O_2), Arthigon 0,1—0,2 intravenös, oder kombiniert. $^1/_4$ aller Rezidive trat erst nach dem 4. Beobachtungstage auf. 4% der Rezidive entwickelten sich nach einer viertägigen Beobachtungszeit.

Im Westen behandelte Schweich 1700 Gonorrhöen, 20% Unteroffiziere, 80% Mannschaft, 38%—45,5% Verheiratete. 38,2% hatten



bereits früher eine oder mehrere Gonorrhöen durchgemacht, und zwar 12% vor dem Kriege, 26,2% während des Krieges. 79,8% hatten sich im Felde, 20,2% in der Heimat infiziert. In der letzteren Zeit stiegen die Urlaubsinfektionen auf 52,2%, davon 4,5% im Bordell, 9,5% bei der Ehefrau = 15,2% aller verheirateten Geschlechtskranken. Diese Ergebnisse stehen im umgekehrten Verhältnis zu den im Osten erhobenen Daten. Bei 65,6% war die Infektionsquelle nicht zu ermitteln. Bei 50% aller Patienten war die Prophylaxe nicht durchgeführt worden.

Nr. 34.

Alexander, A. Die Erkrankungen des N. octavus im Frühstadium der Lues und die Beeinflußbarkeit des Nerven durch unsere kombinierten Hg-Salvarsankuren. p. 539.

Zusammenfassung: Systematisch durchgeführte Reihenuntersuchung von etwa 100 Fällen primärer und frühsekundärer Lues vor Beginn der Hg-Salvarsanbehandlung ergab, daß in einem auffallend hohen Prozentsatz, ohne daß irgendwelche subjektiven Symptome bestanden, der N. acusticus spezifisch erkrankt war. Besonders bemerkt zu werden verdient, daß schon bei ganz früher Lues, nämlich 5 von 10 seronegativen Primäraffektionen dieses symptomenlose Befallen des Nervus VIII ebenfalls konstatiert werden konnte. Diese Frühmetastasierung der Spirochäten spricht für eine besondere Vorliebe der Hirnnerven zu spezifischer Früherkrankung und ist ein Beweis für die Richtigkeit der Ehrlichschen Auffassung der Neurorezidive als Wiederaufflackern früher latent verlaufener syphilitischer Erkrankungen der Hirnnerven. Die Hauptfrage, die sich Alexander gestellt hatte, ob wir durch kombinierte Hg-Salvarsanbehandlung toxisch auf den N. acusticus einwirken, konnte auf Grund des zur Verfügung stehenden Materiales nicht mit absoluter Sicherheit beantwortet werden. Alexanders Beobachtungen sprechen jedoch mit ziemlich großer Wahrscheinlichkeit dafür, daß eine derartige Gefahr nicht besteht. Um die Frage mit Sicherheit zu entscheiden, bedarf es systematischer Reihenuntersuchungen von Patienten mit ganz frischen seronegativen Primäraffekten, bei denen die funktionelle Octavusprüfung vor und nach der Hg-Salvarsanbehandlung resp. vor und nach der reinen Salvarsanbehandlung vorzunehmen ist.

Schweich, L. Kriegserfahrungen über Gonorrhöe. p. 544.

Die Zahl der chronischen Gonorrhöen war im Westen größer als im Osten, 15,6% gegen 8%, darunter die Urethritis non gonorrhoica 19% gegen 1%. Auch bei den 1700 Kranken der Westfront wurden mit der gleichen Therapie wie im Osten sehr günstige Erfolge erzielt: Heilung nach 28tägiger Behandlung in 61,6%. In 2,5% traten während der Behandlung Epididymitiden auf, in 3,4% Prostatitiden. Vor der Entlassung wurden chronische, mechanische, vaccinatorische oder



kombinierte Provokationen angewendet. Die Rezidive traten am häufigsten am 2.—4. Tage auf, in der gleichen Zeit aber auch ohne Provokation. Es soll also frühestens 4—5 Tage nach Abschluß der Behandlung provoziert werden. Es ergab sich, daß bei Auswahl möglichst gleicher Fälle, die Zahl der Rezidive nicht allein durch die Stärke und Anzahl der Provokationen bedingt wird. So trat bei der intensivsten Methode (Dehnung + Argent.-nitric.-Injektion und Arthigon i. v. 3—4 Tage später) in 19,6% der Fälle ein Rezidiv auf, aber ohne jegliche Reizung in 33,3%.

Nr. 35.

Ehrmann, S. Zur Frage der Livedo racemosa bei Tuberkulose. p. 556.

Gegenüber Alexander, der (s. Dermatolog. Wochenschr. 1918) Livedo racemosa auch bei Nicht-Lues gesehen, hebt Ehrmann hervor, daß wohl auch irgendwelche durch tonische oder infektiöse Ursachen bedingte Spasmen des Arteriennetzes hydrodynamisch ganz ebenso wirken können, wie die von ihm bei Livedo racemosa luetica gefundenen Endothelveränderungen mit endarteriitischen Gewebewucherungen.

Gutmann, C. Zur Frage der Dermatomykosen. p. 559. Nicht beendet.

Nr. 36.

Langrock, C. Über den syphilitischen Primäraffekt an der Augenbraue. p. 571.

Nach Darstellung der bisher beschriebenen 10 Fälle schildert Verf. ausführlich eine eigene Beobachtung.

Gutmann, C. Zur Frage der Dermatomykosen. p. 580. Nicht beendet.

Nr. 37.

Nast, O. Experimentelle Liquoruntersuchungen auf der Basis der Vitalfärbung.

Die Versuche wurden mit 1 proz. Trypanblau an Meerschweinchen, Kaninchen und weißen Ratten durch endarterielle Injektion vorgenommen. Es ergab sich, daß auf diese Weise Vitalfärbung nicht einwandfrei stattfindet. Endolumbal eingespritzt findet Färbung der Gehirn- und Rückenmarkshaut und des Plexus chorioideus statt, während Gehirn und Rückenmark frei bleiben, dagegen die Organe und Gefäße aufs intensivste und sehr rasch sich vital färben. Trotz der Mißerfolge Goldmanns kann daher die Vitalfärbung zur Untersuchung dieser Fragen herangezogen werden.

Fischl, F. Beitrag zur Lehre von „Syphilis und Reizung". p. 591.

Auf Boden eines Analekzems traten luetische Papeln auf. Infektion 5 Jahre vorher. In einem anderen Fall konnte Verf. Herpes



tonsurans maculo-squamosus und tubero-serpiginöses Syphilid knapp nacheinander an denselben polycyclischen Hautarealen verfolgen. Bei einem 3. Patienten mit Scabies bevorzugte ein papulöses luetisches Exanthem hauptsächlich die Prädilektionsstellen der Krätze.

Gutmann, C. Zur Frage der Dermatomykosen. p. 593.

Kulturelle Untersuchung von 201 Fällen, die ergab, daß in Wiesbaden und Umgebung dieselben Trichophytieerreger vorherrschen wie in Berlin (Fischer). Der häufigste Pilz ist das Trichophyton cerebriforme, ihm folgt in weitem Abstand das Tr. rosaceum, dann das Tr. gypseum granulosum und ganz vereinzelt stößt man auf das Tr. violaceum oder eine andere Art. Die Übereinstimmung geht so weit, daß sich die Prozentzahlen der einzelnen Pilzarten beinahe decken. Es gelang Verf. durch Aufdeckung einer kleinen Mikrosporieendemie in einer Erziehungsanstalt zum erstenmal das Vorkommen von Mikrosporie am mittleren Rhein festzustellen. In einigen Fällen fanden sich an der Kopfhaut doch entzündliche Veränderungen und auch dreimal Hautherde in reichlicher Zahl. Auch bei einem Erwachsenen konnte er einmal Mikrosporie beobachten. Bei einem Fall von tierischer Mikrosporie fehlten entzündliche Erscheinungen fast völlig (klinisches Bild einer glatten Flechte des Backenbartes). Von den Epidermophytiefällen war einer bemerkenswert durch die Lokalisation an den Fingern, ein anderer zeigte neben dem typischen Krankheitsbild Bläschen und Blasen an den Unterschenkeln. Aus Trichophytien der Kinderköpfe (10 Fälle mit 6 kulturellen Untersuchungen) wurde dreimal das Tr. cerebriforme, zweimal Tr. gyps. granul. und einmal Tr. violaceum gezüchtet. Letzterer Fall zeigte das klassische Bild der multiplen glatten Trichophytie. Bei den Barterkrankungen fanden sich in 3 Fällen Herde im Haupthaar. Primäre Trichophytie des behaarten Kopfes bei Erwachsenen ist Verf. nie begegnet. Seine Beobachtungen ergaben ferner, daß aus dem klinischen Symptomenkomplex auf die Art des Erregers nicht geschlossen werden kann. Tr. gypseum führte in der weitaus größten Zahl der Fälle teils zur Entwicklung reiner Körpertrichophytie, teils zur Bildung von Krankheitsherden am Körper und im Bart. Dagegen führt wieder Tr. cerebriforme nicht zu disseminierter Körpertrichophytie und Tr. rosaceum nicht zu primärer Körpertrichophytrie.

Nr. 38.

Fischer, W. Über die Veränderungen der klinischen Formen der Syphilis und das häufigere Auftreten schwerer Exantheme im Frühstadium. p. 603.

Fischer beobachtete, im Gegensatz zu den Erscheinungen der letzten Jahre etwa seit Beginn 1919, daß bei frischen Luesinfektionen die schweren Exanthemformen an Zahl sehr zugenommen haben und gelegentlich mit Leberschädigungen (Ikterus) verbunden sind. Es handelt sich fast ohne Ausnahme um noch unbehandelte Kranke, bei



denen auch Konstitution und Alter keine Rolle spielen können. Die Ursache könnte gelegen sein in Unterernährung, wogegen aber der Umstand spricht, daß während des Krieges selbst diese Beobachtungen noch nicht gemacht wurden. Die Ursache könnte auch im Erreger zu suchen sein (Infektion durch im Auslande erworbene Lues, Steigerung der Virulenz durch unzureichende Salvarsanbehandlung).

Neumann, H. Woran sterben die Syphilitiker unserer Tage? p. 606.

Nicht beendet.

Nr. 39.

Löwenfeld, W. Zur Therapie der Trichophytieerkrankungen. p. 619.

Günstige Erfolge (neben Lokaltherapie bei Bartflechten) mit intracutanen Trichoninjektionen in steigenden Dosen, je 1 ccm von Verdünnungen 1 : 25 bis 1 : 5, alle 3—4 Tage. Bei oberflächlicher Trichophytie bewährten sich Pinselungen mit konzentrierter Ammon. pur. liquid. (3—4 mal in Abständen von je 2 Tagen), ferner auch Formaliment, eine Salbenmasse mit Urotropin und basisch schwefelsaurer Tonerde. Intravenöse Injektionen von 10 ccm einer 40 proz. Urotropinlösung bei Sycosis parasitarica ergaben keinen deutlichen Erfolg.

Neumann, H. Woran sterben die Syphilitiker unserer Tage? p. 621.

Die Untersuchungen Neumanns stützen sich auf die Ergebnisse von 8500 Sektionen, die 1910—1916 ausgeführt wurden. Bei 500 konnte Lues festgestellt werden. Von diesen gingen 6 an galoppierender Lues zugrunde, 16 im Stadium der Lues III, davon 2 infolge luetischer Tracheastenose. 69 weitere Individuen erlagen Lues des Gehirns oder der Gehirngefäße mit Apoplexie. Von diesen war bei 51 das übrige Gefäßsystem durch die Lues geschädigt, bei 48 Herzveränderungen. An Tabes gingen 14 zugrunde, davon hatten 11 meist schwere Nierenschädigungen, 6 eine Infektion des ganzen Urogenitalsystems, 2 Dekubitus mit nachfolgender Sepsis. 40 erlagen einem Aortenaneurysma, in 29 dieser Fälle war die Mesaortitis stark ausgeprägt. Bei den weiteren Beobachtungen kann die Lues als Todesursache mit größter Wahrscheinlichkeit angenommen, aber nicht mit Sicherheit dafür verantwortlich gemacht werden. Hierher gehören 38 Fälle mit pathologischer Leberveränderung (darunter 29 Lebercirrhosen), 52 Nierenerkrankungen, zum Teil mit mehr oder weniger schweren Schädigungen luetischer Natur an anderen Organen. 75 gingen an reinem Herztod zugrunde. In 40 Fällen waren Erkrankungen der Lunge oder Pleura die Todesursache, 34 erlagen Tuberkulose, 14 einer Embolie oder Thrombose, 30 malignen Geschwülsten, 70 interkurrenten Krankheiten. Im ganzen war in 147 Fällen die Todesursache ätiologisch sicher Lues, in 165 Fällen wahrscheinlich



Lues, 188 starben an interkurrenten Krankheiten. Die Arbeit enthält eine Unmenge sehr interessanter Details, deren Erörterung den Rahmen eines Referats überschreiten würde.

Nr. 40.

Rühl, K. Über das Disodo-Luargol bei Lues. p. 635.

Luargol ist eine Verbindung von Silber und Antimon mit schwefelsaurem Dioxydiamidoarsenobenzol. Es rief aber bei unleugbar günstiger Beeinflussung der Lues starke lokale Reaktionen bei intravenöser Einspritzung hervor, die wohl in fehlerhafter Alkalisierung der Lösung ihren Grund hatte. Diese vermeidet das Disodo-Luargol. Dosis 0,1—0,15—0,25—0,3 g der kalt hergestellten Lösung, intravenös frühestens alle 4 Tage. Eine Kur besteht aus 5—7 Injektionen. Erfahrungen an 60 Patienten. Die unmittelbare therapeutische Wirkung ist bedeutend weniger konstant auf tertiäre Erscheinungen. Ein Fall von Tabes wurde sehr gebessert. Eine ausgesprochene Dauerwirkung des Präparates allein scheint nicht vorhanden zu sein, daher empfiehlt Verf. die kombinierte Behandlung mit Hg. In einigen Fällen traten nach den Injektionen verschieden starke Reaktionen auf, in 2 Fällen sehr heftige Schmerzen in den Unterkiefern durch einige Tage, die dann nach weiteren 2 Injektionen verschwanden. Auch die lokalen Reaktionen an den injizierten Venen waren manchmal starke (Phlebitis, Periphlebitis). Darin liegt ein Nachteil gegenüber Salvarsan und Neosalvarsan.

Janson, A. Die Behandlung des Ulcus cruris mit Dymal. p. 647.

Gute Erfolge.

Nr. 41.

Stejskal, Margarete. Spirochäten und Antiluetica. p. 651.

Die Versuche stützen sich auf Beobachtungen der Spirochäten im Dunkelfeld nach Einverleibung des Medikamentes und ergaben folgendes: Die verschiedenen Salvarsane wirken in den üblichen Dosen prompt spirillocid. Morphologische Veränderungen an den Spirochäten fanden sich nicht. Mit Quecksilber (Injektionen mit Kalomel, Hg.-salicyl., Sublimat) hatte Verf. keine so günstigen Wirkungen wie Döhring. Auch Sublimat intravenös (1‰), Succinimid-Hg 1%, Embarin hatten keinen Einfluß auf die Spirochäten. Es bestätigten diese Versuche die Vermutung, daß bei Einverleibung von Hg lebende Spirochäten so lange in den luetischen Läsionen nachweisbar sind, als das spezifische Infiltrat nicht geschwunden ist. Das Hg wirkt also nur insofern spezifisch, als es das luetische Infiltrat zum Schwinden bringt. Experimentell einen Vergleich der Wirkungsweise der einzelnen Hg-Präparate anzustellen ist daher auch nicht möglich. Nach Beginn der Hg-Behandlung werden die Spirochäten auffallend dick, oft auch auffallend lang und bilden häufig Ringformen. Quecksilber + Salvarsan bewirken nie auffallend frühes Verschwinden der

Spirochäten, dagegen in einigen Fällen eine deutliche Verzögerung desselben.

Plate, E. Über einen Fall von schwerer Knochensyphilis. p. 657.

Luetische Erkrankung der Wirbelsäule mit Abnahme der Körpergröße um 10 cm, enorme hyperostotische und osteoporotische Veränderungen am Schädel mit Zunahme des Kopfumfanges um 3 cm, an Kreuzbein und Lendenwirbelsäule starke Atrophie neben Osteoporose, sehr starke Hyperostose und Osteoporose der im ganzen stark verdickten und verkrümmten Tibiae.

Levin, E. Aus der Salvarsanpraxis. p. 659.

1. Vorübergehende Eiweißausscheidung bei kombinierter Hg-Salvarsanbehandlung. Erste Ausscheidung nach der 1. Salvarsanspritze, weitere nach Hg-Spritzen.

2. Auftreten rasch vorübergehenden Juckens und Rötung nach den ersten 3 Salvarsanspritzen. Nach der 4., wenige Minuten später, rasch auftretender Erythemfleck unter dem linken Ohr, dann gleichartige auf Stirn, Rücken und anderen Stellen. Erythem und Jucken schwanden nach einer halben Stunde.

3. Angioneurotischer Symptomenkomplex nach Dosis III N.S. Dann starke Übelkeit; nach Adrenalinjektion Blässe, Pupillenenge, Bewußtlosigkeit, Puls nicht zu fühlen, stertoröses Atmen. Abklingen dieses Zustandes nach einigen Minuten.

4. Schnell zunehmende Verwirrtheit und Ikterus ungefähr 2 Monate nach der letzten N.S.-Behandlung bei einem geistig sehr minderwertigen Patienten. Kurze Zeit danach Tod.

Nr. 42.

Oelze, F. W. Die Mikrophotographie dermatologischer Objekte. p. 667.

Schilderung der Technik siehe Original. Die beigegebenen Reproduktionen von Mikrophotographien sprechen für die Güte der Methode.

Müller, E. Konstitutionelle Einflüsse bei Prurigo. p. 671.

Nicht beendet.

Nr. 43.

Unna, P. G. Eine verbesserte Darstellung des Streptobacillus des weichen Schankers. p. 683.

Die Färbung mit Rongalitweiß läßt die Bacillen im Gewebe sehr scharf hervortreten, besonders wenn der weiche Schanker nach der Excision 24 Stunden auf einer Mischung von Kali chloricum und Kochsalz gelegen hatte. Die Färbung kommt durch die reduzierende Arbeit der Streptobacillen zustande.

Müller, E. Konstitutionelle Einflüsse bei Prurigo. p. 685.

Lymphatismus ist eine häufige Begleiterscheinung der Prurigo; sie wird durch das Verhalten der Keimdrüsen beeinflußt, die ihrer-



seits wieder die übrigen Symptome des Status lymphaticus beeinflussen. Die Pubertät übt einen mächtigen Anreiz auf den Körper aus, der die lymphatischen Elemente zur Involution bringt, die infantilen Merkmale schwinden läßt, das Wachstum anregt. Durch organotherapeutische Maßnahmen müßte nun eine Umstimmung der innersekretorischen Funktion des Status lymphaticus bzw. hypoplasticus erzielt werden. Am günstigsten liegen da die Verhältnisse bei Extrakten der Hypophyse, besonders des Hinterlappens, Hypophysin hat sich auch bei männlichen Prurigofällen gut bewährt. Bei schweren Prurigofällen wird weniger Aussicht auf Erfolg sein, besonders wenn das Pubertätsalter bereits überschritten ist.

Nr. 44.

Deussen, E. Beiträge zur Kenntnis der in der dermatologischen Praxis gebräuchlichen Balsamica. p. 699.

Geschichtliches und Botanisches über Gurjunbalsam, sein Aussehen, Beschaffenheit und Löslichkeit, Zusammensetzung, über den Nachweis des Gurjunbalsams und seines Öles, Physiologisch-Chemisches und Medizinisches.

Boas, H. Ein Fall von gonorrhoischer Phlebitis. p. 708.

Entzündung der V. saphena magna und parva bis zur Mitte des Femur unter hohem Fieber bei in verschiedener Weise komplizierter Gonorrhöe.

Blumenfeld, Annie. Die Organisation von Pflegeämtern in Großstädten. p. 710.

Der Fürsorge des Pflegeamtes unterstehen alle sittlich gefährdeten Frauen, alle welche der Sittenpolizei wegen ihres Lebenswandels angezeigt oder von der Polizei aufgegriffen werden, und diejenigen, welche unter Kontrolle gestellt werden wollen, stehen oder gestanden haben. Das Pflegeamt soll auch die wirtschaftliche Lage der Frauen sanieren, Arbeit und Wohnung verschaffen, für ärztliche Behandlung der Erkrankten sorgen. Sämtliche aufgegriffenen Frauen werden ohne sittenpolizeiliche Vernehmung unmittelbar dem Pflegeamt vorgeführt. Träger des Pflegeamtes ist die Kommune, es wird dem Gesundheits- oder Wohlfahrtsamt angeschlossen. Es wirkt auch mit im Sinne der Volksaufklärung und Belehrung.

Nr. 45.

Stümpke, G. Über Lumbalpunktionsergebnisse bei Syphilitikern. p. 716.

Ergebnisse von 185 Lumbalpunktionen von Luetikern (101 Frauen, 32 Männer) verschiedener Stadien. Die Liquoruntersuchungen ergaben pathologische Resultate bei frischer infektiöser Lues in 25,6% der Fälle bei Frauen, in 27,7% bei Männern. Die Befunde der späteren Jahre (Lues seropositiva) stimmen beim weiblichen Geschlecht annähernd mit diesen Ergebnissen überein (27%). Der Liquor der

Fälle von Lues seropositiva ist wesentlich schlechter durch die Therapie zu verändern, als bei den Fällen des ersten Jahres.

Nr. 46.

Deutsch, R. Abortivbehandlung der Syphilis mittels Silbersalvarsan. p. 731.

Bei 4 Fällen gelang es durch Silbersalvarsan (0,8—0,9) bei Wassermann-negativer Lues I die Patienten durch 1 Jahr klinisch und serologisch rezidivfrei zu erhalten. Im 5. Fall beseitigte 1—2 Silbersalvarsan die + WaR., die im Laufe des Beobachtungsjahres dauernd negativ blieb.

Linnemann, N. L., u. E. L. *Tuchy*. Syphilis. p. 733.

Rühl, Carlo. Vignolo Lutati. Nekrolog.

Nr. 47.

Hahn, F. Paul Taenzer. Nekrolog. p. 748.

Kuznitzky, E. Die Wirksamkeit des Protargols auf Gonokokken in der Kultur. p. 748.

Die Versuche ergaben im Gegensatz zu denen Sieberts eine ziemlich beträchtliche Verschiedenheit im Verhalten eines und desselben Stammes an verschiedenen Versuchstagen, ohne daß Differenzen im Nährboden usw. als Grund dafür angenommen werden könnten. Die späteren Versuche ergaben bei einer Einwirkungsdauer von 15 Minuten Resistenzschwankungen der verschiedenen Stämme innerhalb erheblicher Konzentrationsgrenzen, besonders von 1 : 2000 bis 1 : 10000. Wiederholte Experimente mit ganz frisch hergestellten, 7 Monaten, $1^1/_2$ und 2 Jahre alten Lösungen ergaben annähernd gleiche Desinfektionskraft.

Linnemann, N. L., u. E. L. *Tuchy*. Syphilis. p. 757.

Besprechung von 388 Fällen von Syphilis verschiedener Stadien und Lokalisationen.

Nr. 48.

Wechselmann, W., und M. *Bielschowsky*. Thrombose der Vena magna Galeni als Grundlage von Salvarsantodesfällen. p. 763.

Wechselmann: Analyse des Gehirntodes nach Salvarsan. Der Gehirntod ist fraglos ein Folgezustand nach Salvarsananwendung Seine Deutung ist aber sehr schwer. Wenn man ihn als Vergiftung auffaßt, so erklärt dies nicht sein Ausbleiben nach hohen und häufigen Salvarsandosen, sein Eintreten nach kleinen Gaben. Auch As-Empfindlichkeit oder -Überempfindlichkeit kann nicht die Ursache sein. Das Krankheitsbild bei Encephalitis haemorrhagica ist auch ein ganz anderes als das einer „paralytischen Arsenvergiftung" und tritt erst mehrere Tage nach der Salvarsaneinspritzung auf. Außerdem tritt in einer großen Zahl der Fälle doch noch Heilung ein. Das Studium des komplizierteren Krankheitsbildes ergibt, daß man eklamptisch-



urämische und durch Stase und Thrombose im Gehirn bedingte Folgezustände nach intravenösen Salvarsaninjektionen unterscheiden muß. Verf. bringt die Krankengeschichten zweier Fälle des ersteren Typus, die gesund wurden. Es handelte sich bei diesem Krankheitsbilde um Folgen einer Nierenschädigung, welche durch die schubweise Hg-Ausscheidung verschuldet wird, und zeitweise harnfähige Stoffe und Salvarsan nur schwer ausscheiden kann. Das Salvarsan ist demnach nur zeitweise gefährlich. Die pathologische Untersuchung zeigt aber in der Mehrzahl der Salvarsantodesfälle einen anderen Befund als Hirnödem, nämlich den der Encephalitis haemorrhagica. Die Blutungen sind aber nicht der Ausdruck einer Entzündung, sondern kommen durch Diapedese zustande (Purpura cerebri) infolge primärer Venenthrombose, in erster Reihe der V. magna Galeni, zu deren Zuflußgebiet die Stammganglien und die ihnen benachbarte weiße Substanz gehören. Ein Verschluß dieser Vene muß zu rascher Drucksteigerung im Gehirn und den Ventrikeln führen und beträchtliche Schwellung erzeugen. Der klinische Ausdruck dieser Drucksteigerung ist die plötzliche tiefe Bewußtseinsstörung.

Das Studium der Literatur ergibt, daß das Krankheitsbild der „sogenannten Salvarsanvergiftung“ vollkommen dem der autochthonen Sinusthrombose bei Chlorose oder progressiver perniziöser Anämie gleicht. Auch Infektionskrankheiten (Lues, Tuberkulose, Angina, Influenza) spielen eine wichtige Rolle für das Zustandekommen der Thrombose bei Chlorose. Lues allein kann ohne jede Salvarsanbehandlung diesen plötzlichen Tod auch hervorrufen. Daneben können auch Entzündungen in der Umgebung der Venen zu Schädigung ihrer Wand, zu Thrombose und Stauung führen, besonders kommt hier die Tela chorioidea in Betracht. Verf. berichtet nun ausführlich über einen derartigen Fall.

Bielschowsky teilt die Gehirnbefunde dieses Salvarsantodesfalles mit. Bei der makroskopischen Betrachtung des Gehirns bot sich das Bild einer Purpura haemorrhagica dar, vornehmlich in den Zentralganglien und den benachbarten Gebieten des Hemisphärenmarkes. Die mikroskopische Untersuchung ergab, daß die Blutungen nicht Symptome einer Encephalitis, sondern Folgen ausgedehnter Capillar- und Venenthrombosen sind, welche im engsten Zusammenhang mit entzündlichen Veränderungen und thrombotischen Vorgängen in der Tela chorioidea des 3. Ventrikels und den ihr zugehörigen Plexus chorioidei stehen. Die Venae internae und ihre Äste waren sämtlich stark von Thrombenmassen ausgefüllt und von hier ließ sich der Gerinnungsprozeß einerseits bis in den Anfangsteil der V. magna Galeni, andererseits bis in des Gebiet der Vv. terminales verfolgen. Diese thrombosierten Venenstämme gehören einem Meningealgebiet an, das sichere Kennzeichen älterer Entzündungsvorgänge aufwies, die mit großer Wahrscheinlichkeit luetischer Natur waren. Das Salvarsan hat demnach in einem vorher schon ent-

zündeten Gebiet der weichen Hirnhaut zu frischen ausgedehnten Stasen und Thrombosen geführt, die den Zirkulationsmechanismus des Gehirns auf das schwerste geschädigt und das zentrale Gewebe funktionell ausgeschaltet haben. Ob dies durch ein toxisches Salvarsanderivat oder durch akute Steigerung der bestehenden Entzündung zustandegekommen ist, läßt sich nicht entscheiden. Die Erkrankung der Plexus chorioidei, welche zweifellos Sekretionsorgane sind, verhindert ihre Tätigkeit als „Ventil für zirkulierende Giftstoffe", besonders bei gleichzeitigem Vorliegen krankhafter Störungen der Nierenfunktion.

In einem zweiten Fall, der vorher Hg und Salvarsan, dann Silbersalvarsan in großen, später in kleineren Dosen sehr gut vertragen hatte, trat nach neuerlicher Arg.-Salvarsanbehandlung innerhalb 4 Tagen der Tod unter Koma und Fieber ein. Die pathologisch-anatomischen Veränderungen waren ganz gleichartige wie im ersten Fall, nur waren hier die pialen Gefäße der Hirnwindungen stärker beteiligt und es bestanden neben den hämorrhagischen Herden zahlreiche Schwellungszonen. Auch dieser Fall bestätigt die Auffassung, daß die Thrombose der V. magna Galeni und ihrer Zuflußvenen den tödlichen Ausgang derartiger Zustände entscheidet.

In seinen Schlußbemerkungen verweist Wechselmann auf Grund der klinischen und autoptischen Befunde nochmals nachdrücklich darauf, daß die als Encephalitis haemorrhagica beschriebenen Fälle auf Thrombose der Gehirngefäße beruhen, wobei ein schon bestehender derartiger Zustand durch die Injektion des Salvarsans eine Steigerung erfahren kann, zumal Arsen auf die Capillaren und die Blutströmung in ihnen wirkt. Der Prozeß ist aber nicht absolut tödlich und kann wohl durch Beobachtung und Auswahl der Fälle zum Teil vermieden werden. Kopfschmerzen und Erbrechen nach der 1. und 2. Salvarsaninjektion mahnen zur Vorsicht, auch das Lumbalpunktat kann Anhaltspunkte geben. Die Fälle müssen ferner vorher genau auf Blutkrankheiten untersucht werden. Ist einmal Koma eingetreten, so scheint der Tod unvermeidlich zu sein. Die eklamptisch-urämischen Zustände, die eine bessere Prognose haben, lassen sich durch Vermeiden der gleichzeitigen Anwendung von Hg und Salvarsan verhindern. Beide Medikamente dürfen nur bei sorgfältiger Funktionsprüfung der Nieren gleichzeitig verwendet werden.

Nr. 49.

Unna, G. W. Akutes Exanthem nach Krysolganinjektionen. p. 795.

Krysolgan, ein lösliches Goldsalz, ist äußerst wirksam bei Hautlupus und Schleimhauttuberkulose. In einem Fall von Lupus und Schleimhauttuberkulose, der erfolgreich mit Krysolgan behandelt wurde, trat ein in seinem Verlauf an Salvarsanexanthem erinnerndes, von leichter Nierenschädigung begleitetes Exanthem in Form eines Erythems auf.



Nr. 50.

Faber. Zur Frage des diabetischen Xanthoms. p. 804.

In dem Falle Fabers handelt es sich um eine Infiltration des Gewebes mit Neutralfett. Fettspeicherung in der Niere, wie sie bei Diabetes so regelmäßig vorkommt, fehlte in dem mitgeteilten Fall fast völlig, dagegen fand sich allenthalben, besonders in der Niere, eine starke Füllung der Capillaren mit Fett. Der Grund für alle diese Erscheinungen sieht Verf. in mangelnder Lipolyse. Das Xanthom ist also der Ausdruck einer Lipämie bei gestörter Lipolyse, die zur Rückstauung des Fettes führt, während die Fettspeicherung in der Niere den Ausdruck einer Lipämie bei vorhandener Lipolyse darstellt, die dauernde Ausscheidung und damit Speicherung in den Hauptstücken der Niere ermöglicht.

Nr. 51.

Unna, P. G. Über die Einwirkung von Cignolininjektionen auf das Hautgewebe. p. 811.

Die Versuche wurden an weißen Ratten mit cutanen Injektionen einer Aufschwemmung von Cignolin in Paraffin. liquidum (1°/₀₀) ausgeführt. 6 Stunden nach der Injektion fand sich an den Schnitten (Färbung nach Pappenheim-Unna) starke Leukocytenauswanderung um die Injektionsstellen oberhalb der Muskelschicht, im Muskel- und Fettgewebe starke Bräunung der in den Gefäßen sich stauenden Erythrocyten (Cignolinbraun). Die in der Haut der weißen Ratte sehr zahlreichen Mastzellen zeigen zweierlei Veränderungen: Zerstreuung der Mastzellenkörner, die dann gern von Leukocyten aufgenommen werden und Aufnahme des Cignolinbraun vom Plasma der Mastzellen. Die primäre Aufnahme des Cignolin findet nur in die Reduktionsorte statt: Muskeln, Plasma der Mastzellen, Leukocyten und Spindelzellen, nicht in die Sauerstofforte: Kerne, Mastzellenkörnung und Kollagen.

Dieselben Schnitte ergeben mit polychromer Methylenblaufärbung keine neuen Resultate. 12 Stunden nach der Injektion befindet sich (Färbung nach Pappenheim-Unna) die Exsudation auf dem Höhepunkt mit zentraler Blasenbildung. Gegen die Mitte zu tritt Wucherung der Stachelschicht auf mit Bildung von Verdrängungsbläschen im unteren Teil der Stachelschicht, die in der Mitte dem intercellulären Ödem zum Opfer fällt, ebenso wie die Mastzellen. Keine Leukocytenauswanderung. An der Grenze von Cutis und Muskelschicht kommt es zu Cignolisierung der Bindegewebszellen und Endothelien und Hervorbrechen eines bedeutenden Leukocytenstromes. Am Rande äußert sich die Einwirkung des Cignolins durch bedeutende Zellproliferation neben mäßiger Leukocytose. 48 und 72 Stunden nach der Injektion ergibt die Färbung nach Pappenheim-Unna Krustenbildung in der Mitte mit allmählicher Unterwachsung des Schorfes durch die umgebende ödematöse Stachel-



schicht und seiner allmählichen Ablösung. Darunter fehlen Leukocyten und Bindegewebszellen fast völlig, Mastzellen gänzlich. Letztere dagegen wieder sehr reichlich in der Nachbarschaft dieser Stelle; hier noch Cignolinbraun in den Endothelien und Bindegewebszellen. Am 3. Tage tritt starke Wucherung der Bindegewebszellen, besonders an den bindegewebigen Zwischenräumen der Muscularis und in den Gefäßwänden der Submuscularis auf.

Bergmann, E. Über einen Fall von Herpes zoster mit gleichzeitigem Herpes labialis und über gehäuftes Auftreten entzündlicher Exantheme nach Schellfischgenuß. p. 820.

Herpes zoster und Herpes labialis waren an derselben Seite lokalisiert. Außerdem bestand leichter Ikterus beider Skleren. Bei 2 weiteren Fällen trat nach Fischgenuß akutes Ekzem auf.

Nr. 52.

Oelze, F. W. Dijodyl. p. 827.

Dijodyl ist ein Präparat von langer und starker Wirkung und wird sehr gut vertragen.

Bormann, Hildegard. Die Brauchbarkeit der Sachs-Reaktion für die klinische Beurteilung. p. 829.

269 Fälle wurden untersucht. Davon stimmten WaR. und Sachs-Reaktion 259 mal. Die letztere leistet also in der Regel dasselbe. Für Liquoruntersuchungen muß der WaR. vorläufig noch der Vorzug gegeben werden. Waelsch (Prag).

Dermatologische Zeitschrift.

Bd. XXVII. 1919. Heft 1.

Kolle, W. Experimentelle Studien zu Ehrlichs Salvarsantherapie der Spirochätenkrankheiten und über neue Salvarsanpräparate. p. 1—10.

Kolle hat eine Anzahl Salvarsanpräparate dargestellt und für die menschliche Praxis namentlich solche herangezogen, die bei größerer Heilkraft nicht giftiger als Altsalvarsan sind und außerdem gewisse praktische Vorteile besitzen (wie Löslichkeit bei neutraler Reaktion, Haltbarkeit in Lösungen, mangelnde Oxydation an der Luft usw.).

Von ihnen kann insbesondere das Silbersalvarsan empfohlen werden, das in Dosen von 0,2—0,3 6—8 mal wiederholt eingeführt namentlich für die Abortivkur in Frage kommt; es enthält kaum zwei Drittel des Arsens, das im Altsalvarsan ist, seine Heildosis beträgt ein Fünftel jener des Neosalvarsans (bzw. weniger als die Hälfte der Altsalvarsandosis). Die bisherigen Erfolge bei Primärfällen und solchen der Frühsekundärperiode scheinen jene nach Alt- und Neosalvarsan rücksichtlich völliger Ausheilung (Steril. magna) zu über-

treffen. In der Frühperiode kann hierdurch die gleichzeitige Hg-Anwendung (Kombinationsbehandlung) überflüssig werden, wenn nicht klinisch und serologisch Recidiv eintritt. Das bezüglich Giftigkeit, Heildosis und Löslichkeit dem Neosalvarsan ungefähr gleiche Sulfoxylatsalvarsan ist an der Luft weniger oxydabel, in Lösungen haltbar, in 20 proz. Lösung blutisotonisch, so daß es in Dosen von 1, 1,5, 2,0 ccm (= 0,2, 0,3, 0,4 Subst.) fertig aus der Ampulle mit der Spritze aufgesaugt und eingespritzt werden kann, also besonders für die Praxis und für längere Behandlung — serologisch positiver Fälle — geeignet. Seine Heilwirkung ist etwas langsamer, aber, wie es scheint, dem Neosalvarsan gleichwertig. Bei Paralytikern hat es in auffallend großem Prozentsatz die positive Probe negativ gemacht.

Pulvermacher, Leopold (Berlin). Zur Klinik und Pathogenese der „Trichophytide". p. 11—31.

Drei bis vier Wochen nach Auftreten einer tiefen Trichophytie des Kopfes zeigten sich bei einem sonst kräftigen Knaben ohne vorangegangenes Unwohlsein Knoten in der Cutis und Subcutis besonders der Unterschenkel (aber auch an anderen Stellen) mit einem knotigen harten Strang längs der Vena saph. mag. Zwei Wochen später erfolgte ein Ausbruch meist follikulärer, derber, kleinpapuloser, schuppender, später zum Teil pustulös oder nekrotisierender Herde an Bauch, Rücken und den Extremitäten. Die lichenoiden Herde ergaben negativen Pilzbefund und keine Herdreaktion bei Trichonanwendung. Trotzdem hält Pulvermacher im Anschluß an Jadassohn, Guth u. a. diesen Fall für eine lichenoide und nodöse Trichophytie und analog den bei Tuberkulösen beobachteten Tuberkuliden rekurriert er mit Bloch auf einen hämatogenen Transport von Pilzen oder Pilzteilen in eine durch die tiefe Trichophytie allergisch gewordene Haut, daher die Benennung „Trichophytide" (Bloch), die als erythematöse, lichenoide und nodöse unterschieden werden können.

Hartmann, K. (Hannover). Eine neue Auffassung über das Wesen der Acne necrotica. p. 31—45.

Hartmanns Auffassung geht dahin, daß die Akne nekrotica eine durch periphere Neuritis veranlaßte Affektion ist. Fünf Fälle sind die Grundlage dieser Annahme, von denen jedoch einer keine Anhaltspunkte für die Neuritis bot. Nicht nur die affizierten Stellen, sondern auch die entsprechenden Nervengebiete (also meist Trigeminus I. und Trig. II. Ast) zeigten hohe Empfindlichkeit, die Formina supra- und infraorbitalia starke Druckschmerzhaftigkeit. Die Neuritis scheint in seinen Fällen rheumatischen Ursprungs gewesen zu sein. Aspirin und Elektrizität wirkten am besten.

Pirilä, Paavo (Kopenhagen). Beiträge zur Histologie der Akrodermatitis continua suppurativa (Hallopeau). p. 45 bis 52.

Beobachtung eines einschlägigen Falles, der nach fünfjährigem Spitalsaufenthalt starb, sowie histologische Untersuchung



und Vergleich mit den bisherigen anatomischen Ergebnissen bei Dermat. herpet. Duhring und Impetigo herpet. Hebra veranlassen Pirilä zu der Feststellung, daß bei der Hallopeauschen Akrodermatitis der pathologische Prozeß mit einer herdförmigen Leukocytenanhäufung im suprapapillären Strat. Malpighi beginnt und zur Abstoßung dieser suprapapillären Schicht des Strat. Malp. sowie der Hornschicht führt; die entzündlichen Veränderungen der Cutis sind sekundär. In histologischer Hinsicht gleicht somit die Hallopeausche Akrodermatitis der Hebraschen Impet. herpetif. und nicht der Duhringschen Derm. herpet. Hallopeaus und Hebras Affektionen dürften nur verschiedene Formen derselben Erkrankung sein.

Heft 2.

Hofmann, Edmund (Bonn). Neue Beiträge zur Frage der Salvarsantodesfälle. Heft 2. p. 65—91; Heft 3. p. 162—180.

Zwei Todesfälle nach Salvarsaninjektion geben dem Verf. Veranlassung zu einer Analyse der Krankheitserscheinungen, welche in den zahlreichen tödlichen Literaturfällen und in den beiden in der Bonner Klinik beobachteten dem unglücklichen Ausgang vorangegangen waren. Im ersten Falle wurde wegen einer ungefähr 1/2 Jahr alten Lues (Plaques, Wa.R. ++++) eine Hg-Salv.-Spritz-, eine Schmier- und eine Salvarsankur eingeleitet und nach der 2. Salvarsaninjektion trat hohes Fieber, hühnereigroße Schwellung einer Halslymphdrüse, febrile Albuminurie und neun Tage später der Symptomenkomplex der Encephal. haemorrh. und Tod im Coma ein. Die Sektion ergab Gehirnödem mit perivasculären Blutungen, Bronchopneumonie, leichte linksseitige Hydronephrose; aus den Halslymphdrüsen wurde ein pathogener Kolibacillus gezüchtet.

Der 2. Fall (latenter Phthisiker), seit 7 Jahren luetisch mit ungleichen Papillen, stark + Romberg, Lumbalflüssigkeit stark positiv, zeigt zwei Tage nach der zweiten Salvarsaninjektion (0,4) denselben Symptomenkomplex der Encephalitis und stirbt am nächsten Tage. Die Hirnsektion ergibt Blutreichtum der Pia, der Großhirnhemisphären, ganz kleine Blutaustritte im Pons, leichte Abflachung der Gehirnoberfläche, Anhäufung von Rundzellen um die Ganglienzellen und Degeneration der letzteren und ihrer Keime. Verf. bespricht nach Beibringung von 47 einschlägigen Krankheitsauszügen die klinischen Erscheinungen der Encephalitisfälle, diskutiert die verschiedenen Ursachenmöglichkeiten und kommt bezüglich seiner eigenen Fälle zu dem Schlusse, daß im ersten Falle eine Verstärkung der Salvarsanwirkung durch einen gleichzeitigen Mikrobismus (Kolibakterien), im zweiten Falle Reaktion älterer syphilitischer Veränderungen auf Salvarsan zum Tode geführt habe.

Ruete (Würzburg). Die Bedeutung des Arthigons für die Diagnose und Therapie des Trippers. p. 92—101.

Für die Diagnose hält Ruete das Arthigon nicht so wichtig als



für die Therapie. Es leistet gute Dienste zur Klärung ätiologisch dunkler Fälle. Schwierig sind jene als schwach positive Temperaturkurven bezeichneten Kurven zu deuten, die nach der intravenösen Injektion auftreten. Es sind mitunter alsbald erscheinende, geringe Wärmeerhebungen von 6—8 Stunden Dauer. Bei weiteren Einspritzungen wird das Kurvenbild und der sonstige Befund positiv. In 92% nicht gonorrhöischer Ausflüsse und bei frischen Gonorrhöen waren die Kurven negativ, dagegen positiv in 86—100% bei gonorrhöischen Komplikationen (Epid., Prostat., Arthrit. u. Paraurethr. Absc.), bei posterior, auch nach behandelter. Bezüglich Provokation scheinen Arthigoninjektionen à 0,5 den andern Provokationsmethoden: Argentum-Injektionen, Bougierungen und Dehnungen nachzustehen (9% gegenüber 16 und 19%). Die Behandlung gibt, wenn kräftige Reaktionen (zweite, hohe Zacke) erzielt werden, ausgezeichnete Erfolge. Temperaturen von 40° und darüber sucht Ruete zu vermeiden. Er beginnt mit 0,5 bis 0,2 und steigt bei jeder nachfolgenden Injektion um 0,5, und bleibt bei 39° (Reaktion) oder steigert nicht so rasch. Die Resultate besserten sich, seit sprunghafte Steigerungen der Dosis (um 0,5) eingeführt wurden.

Lokaltherapie, Bettruhe usw. beizubehalten. Nicht nur die akuten Stadien der Komplikationen, auch die chronischen und die Restherde sind der Arthigonbehandlung zuzuführen und zugänglich.

Hoffmann, Erich (Bonn). Über eine eigenartige Form der Melanodermie (Melanodermitis toxica lichenoides et bullosa).

Ungefähr gleichzeitig mit Riehl hat E. Hoffmann eine Melanodermie beobachtet und ihre Entstehung der Einwirkung von Stoffen zugeschrieben, die im Teer- und Schmieröl, Kriegspech und andern ähnlichen Stoffen auf die Haut gelangen. Diese Melanodermie zeigte im Gegensatze zu der Riehlschen Form neben Keratose teerakneähnliche Follikulitide, außerdem netzförmige Anordnung der Pigmentierung, lichenoide Beschaffenheit der erkrankten Herde und erythematöses Aufflammen bei äußeren Schädlichkeiten (Licht, Druck, Salbe u. a.).

Die betreffenden Stoffe sollen aber auch durch innere Aufnahme (durch Einatmung) in den Organismus gelangen und auf hämatogenem Wege zu Melanodermie führen können. In zwei Fällen hat nun Hoffmann (zusammen mit Habermann) neben lichenoider und netzförmiger Anordnung der Pigmentierung außerdem seröse, zum Teil leicht hämorrhagische Blasen an der Haut (der Fußrücken) erscheinen gesehen und will hiermit eine neue Abart der Kriegsmelanose, die Melanodermitis toxica lichenoides et bullosa festgestellt haben.

Heft 3.

Alexander, A. Über die Beziehungen zwischen dem Erythema induratum resp. dessen Atypien und den nicht



tuberkulösen entzündlichen Fettgewebstumoren. p. 127 bis 137.

Die 46jährige Patientin Alexanders, die vor Jahren an Nephritis und an einer gegenwärtig ausgeheilten Lungentuberkulose litt, zeigte am rechten Ober- und linken Unterarme im Unterhautfettgewebe sitzende, deutlich höckerige, derbe Tumoren von Erbsen- bis Pflaumengröße mit schwach geröteter Hautdecke, die während der Menses deutlich anschwollen und röter wurden. Die histologische Untersuchung das exstirpierten Materials ergab: „Chronische, zu Wucheratrophie und Bindegewebsneubildung führende Entzündung des Fettgewebes ohne jeden spezifischen Charakter, speziell ohne jede Beziehung zur Tuberkulose." Aus klinischen Erwägungen und auch deshalb, weil bei zweifellos lokal auf Tuberkulin reagierenden Fällen von Erythema induratum spezifische, histologische Veränderungen fehlen, stellte Alexander die Diagnose Erythema induratum resp. nodöses Sarkoid Darier. Solche atypische Fälle von Erythema induratum sind, obzwar histologisch kaum von den Fällen einfacher, entzündlicher Knotenbildung (Pfeiffer, Rothmann, A. Kraus) unterscheidbar, etwas anderes als letztere; doch sind auch sie ätiologisch erst endgültig festzustellen.

Zimmern, F. (Wilhelmshaven). Spätikterus nach Salvarsan. p. 138—162.

Die Zahl der Fälle von Spätikterus —1 bis 5 Monate nach der letzten Salvarsankur — und überhaupt jene der Lebererkrankungen, hat sich seit Beginn des Krieges erheblich vermehrt. Der kritische Termin für Eintritt des Ikterus liegt am Ende des dritten Monats, die Prodromalerscheinungen von Magendarmreizung sind meist 1—2 Wochen vorher bemerkbar. Die plötzlich auftretenden Fälle zeigen starke und bis 8 Wochen anhaltende Gelbfärbung. Leberschwellung in 41% (nach Neosalvarsan häufiger als nach Alt- und Natriumsalvarsan, 50 : 35%).

Auch bei Nichtluetikern kommt der Spätikterus vor. Im Frühstadium der Lues ist der Spätikterus von dem Icterus syphil. praecox, d. i. einem Symptom toxisch parenchymatöser Hepatitis, im Spätstadium der Lues von Gumma und interstitieller Hepatitis zu differenzieren. Die Entstehung des Spätikterus ist nach Zimmern und Pulvermacher einer Überempfindlichkeit, weiters den Salvarsanzuführungen und noch besonderen Schädlichkeiten, und zwar (nach Zimmern) der Kriegsunterernährung zuzuschreiben. Die Größe der Salvarsandosen scheint keine entscheidende Bedeutung zu haben.

Die meisten Fälle enden in Gesundheit und vertragen weitere Salvarsanbehandlung, die zu tiefgeschädigten übergehen in tödliche gelbe Leberatrophie. Die Häufung der Spätikterusfälle und die relativ größere Zahl schwerer (tödlicher) Fälle in der Marinepraxis gegenüber dem Material der stationären Behandlung erklärt sich durch die Mängel ambulatorischer Behandlung.



Heft 4.

Pulvermacher, Leopold. Weitere Beiträge zur Frage des Spätikterus nach Salvarsan. p. 191—213.

Weitere Beobachtungen einschlägiger Fälle und Heranziehung der Literatur führen den Verf. zu folgenden Schlußfolgerungen: Ikterus nach Salvarsanbehandlung aller Luesstadien, Wochen und Monate nach dieser Behandlung, als katarrhalischer Ikterus auftretend, ist nicht gemeinhin als „Spätikterus nach Salvarsan", ursächlich mit dem Salvarsan zusammenhängend anzusehen. Das Salvarsan resp. seine Abbauprodukte bilden einen Faktor bei der Entstehung der Krankheit, neben ihm erscheint jedoch die Syphilis selbst besonders in der Frühperiode bedeutsam. Die Konstitution der Patienten, ihre Überempfindlichkeit, und noch weit mehr ungünstige persönliche Verhältnisse — Kondition —, wie schädigende Ernährungsbedingungen, bilden weitere wichtige Entstehungsursachen. Die Annahme einer Arsenvermehrung in der Leber durch Nachschübe aus andern Ablagerungsstätten nach beendeter Kur ist nicht notwendig, nachdem die lange Remanenz der Abbauprodukte des Salvarsans in der Leber als schädigendes Moment genügt, besonders wenn die obengenannten ungünstigen Verhältnisse hinzutreten.

Kyrle, J. (Wien). Zwei syphilidologische Gerichtsgutachten. p. 213—225.

Wichtig für die Wirkung eines der im allgemeinen seltenen Gutachten syphilitologischen Inhalts auf den Richter ist nach Kyrle die Darstellung des Elaborats. Dasselbe muß ohne zu viel Theorie aber auch nicht lückenhaft geschrieben sein, über die wichtigsten Punkte aus der Syphilislehre, die eine gewisse Gesetzmäßigkeit erkennen lassen, Aufschluß geben, so über Entwicklungszeit des Primäraffekts, der Sekundärerscheinungen, die geringe Infektiosität des Gummas usw. Die von Kyrle gegebenen Gutachten sind nun zweifellos geeignet, auch den als Laien gedachten Richter entsprechend zur Rechtsprechung zu befähigen.

Im ersten Streitfalle galt es, den Zeitpunkt zu fixieren, in welchem ein mit Lues infiziertes Mädchen den Primäraffekt (Biß oberhalb des Schlüsselbeins) erworben hatte. Das Gutachten macht es sehr wahrscheinlich, daß dieser Zeitpunkt um zwei Monate später zu datieren ist, als die Klägerin behauptet hatte. Hiermit war der Freispruch des angeklagten Mannes gesichert.

Der zweite Streitfall betrifft die Anklage eines Arztes wegen von ihm selbst veranlaßten mehrfachen Aborts bei seiner eigenen Frau. Er selbst sei vor 22 Jahren infiziert gewesen, habe mit seiner 10 Jahre später geheirateten Frau drei luetische Kinder gezeugt, die Frau habe während einer neuerlichen Gravidität — 2 Jahre nach dem letzten Kinde — hochgradige Zeichen von Syphilis dargeboten, weshalb er sowohl in diesem Falle als in später folgenden zwei Graviditäten seiner Frau die Frühgeburten durchgeführt hat.



Das Gutachten Kyrles stellt die Möglichkeit der einstmaligen luetischen Infektion des betreffenden Arztes nicht in Abrede, deduziert aber aus Anamnese, der körperlichen Untersuchung und dem Ergebnis des serologischen Befundes der Frau und drei Kinder des Arztes die Haltlosigkeit der Annahme des Arztes, daß Frau und Kinder infiziert und die Aborteinleitung gerechtfertigst gewesen ist.

Polland, R. Impetigo herpetiformis bei einem Knaben. p. 226—232.

Unter diesem Namen beschreibt Rolland einen Ausschlag, der sich seit einem Jahre bei einem 11jährigen Knaben in Gestalt zahlloser, über den größten Teil des Körpers ausgebreiteter Gruppen stecknadelkopfgroßer Bläschen mit eitergelbem trüben Inhalt entwickelt hatte. Durch Zusammenfließen und Bersten der Blasen waren ausgedehnte rote nässende Flächen, von den fetzigen Resten der Blasendecken begrenzt, entstanden. So war nach steten von Fiebersteigerungen begleiteten Blasenschüben die ganze Körperhaut in eine rote exfoliierende Fläche verwandelt. Unter Kräfteverfall Tod. Pemphigus schließt Polland wegen Kleinheit und sofortiger Eiterung der Blasen, sowie auffallend raschem Verlauf aus, von äußerlichen Hautinfektionen (Impetigo) unterschied mikroskopische und kulturelle Sterilität des Pustelinhalts. Die Bezeichnung Impetigo herpetiformis (Hebra) als die einer ätiologisch unbekannten Infektionserkrankung, in ihrem vereinzelten Vorkommen beim männlichen Geschlecht, erscheint nach Polland richtig gewählt.

Heft 5.

Hoffmann, Erich, u. *Frieboes*, Walter. Zur Kenntnis der Schweißdrüsennaevi mit besonderer Berücksichtigung des Naevus syringadenomatodes papilliferus und Bemerkungen über epiteliale Naevi. p. 255—284.

Ausgangspunkt dieser Arbeit ist eine naevusartige seit der Geburt und besonders in den 5 letzten Jahren zunehmende, die linke Oberschenkel-Genitocruralgegend betreffende Affektion eines 9jährigen Mädchens, die aus meist gruppierten oder plateauförmig zusammenfließenden, hirse- bis hanfkorngroßen Knötchen, von mäßig derber Konsistenz und rosaroter bis bläulichroter Farbe bestand. Die histologische Untersuchung ergab zystenartig erweiterte Hohlräume, deren Wand mit polypösen, in das Cystenlumen vorspringenden Zapfen versehen war. Deckepitel im obersten Abschnitt (Ausführungsgang), zwei- und mehrschichtiges Epitel im unteren Teil der Cysten bzw. an den ins Lumen vorspringenden polypösen Bildungen. Unter den Cysten und mit ihnen zusammenhängend adenomartig erweiterte Schweißdrüsenknäuel. Einigemal wiederholte Mesothoriumbestrahlungen führten zur Abheilung. Der histologische Befund und die Analyse des bisherigen literarischen Materials führen die Autoren zu folgenden auszugsweise mitgeteilten Schlüssen: Angeborene



Schweißdrüsentumoren, als solche histologisch durch adenomartig erweiterte Schweißdrüsenknäuel und cystisch erweiterte Schweißdrüsenausführungsgänge (mit zwei oder mehrschichtigem Epitel und polypenartigen Zotten) kenntlich, kommen in seltenen Fällen (bisher mit vorliegendem Fall zweimal) in kleinen, langsam wachsenden, rötlich gelben, zentralgedellten, einzelstehenden, oder gruppierten oder systematisierten Knötchen ohne bestimmte Lokalisation zur Beobachtung (Naevus syringadenomatosus papilliferus). Bei den Naevis sind die einen aus der Art der sie aufbauenden Zellen ohne weiteres kenntlich: Naevi der Lymph-, Blutgefäße, der Schweiß-, der Talgdrüsen, Basalzellennaevi, Naevi fibromatosi und myomatosi. Bei den andern — den weichen Mälern Unnas — ist diese Entstehung nicht oder wenigstens noch nicht zweifellos erwiesen. Die Entfernung der systemat. Schweißdrüsennaevi geschieht am besten durch CO_2-Schneeerfrierung und intensive Mesothoriumbestrahlung.

Schmidt, W. J. (Bonn). Einige Versuche mit Bruno Blochs „Dopa" an Amphibienhaut. p. 284—294.

Mit Dopa färbt sich in der Haut der Salamandra maculate nur die Epidermis deutlich, und zwar am stärksten die Hornschicht und von dieser nach abwärts schwächer das Stratum Malpighi; bei genügend langer Einwirkung der Dopalösung erscheinen in sämtlichen Zellen der Malpighischen Schicht dunkle Granula. Aber in unpigmentierter Schicht tritt dieselbe Reaktion in derselben Art und Stärke wie in der melaninführenden auf. In der letzteren zeigen die gewöhnlichen, pigmentierten Epidermiszellen keinen Unterschied gegenüber den verästelten epidermalen Melanophoren. Der Ablauf der Dopareaktion in der Haut von Salamandra und Triton zeigt keinerlei Beziehung zur Pigmentbildung und stützt nicht die Annahme, daß die kutanen Melanophoren nicht selber Pigment bilden können. Letztere seien bei Amphibien „nicht nur Träger, sondern Bildner des in ihnen enthaltenen Pigments".

Callomon, F. (Bromberg). Haarausfall nach Grippe.

Callomon gibt eine Schilderung des Haarausfalls, der 2—3 Monate nach Grippebeginn namentlich beim weiblichen Geschlecht in einer sehr großen Zahl von Fällen nach der letzten Grippeepidemie (Ende 1918) in Erscheinung trat. Für die Ursache hält er eine (bakterielle) Toxinämie; Prognose: günstig. Behandlung: Allgemeine Kräftigung, örtlich: Lichttherapie (Höhensonne).

Heft 6.

Kolle, W., u. *Ritz*, H. Über Spontanübertragung der Kaninchensyphilis. p. 319—324.

Die bisherigen im Speyerinstitut in zahlreichen Passagereihen gemachten Impfungen (subconjunkt., subkut., Schleimhaut des Mundes und Vagina, intravenös) mit einem Syphilisstamm (Truffi) haben nur an der Haut des Skrotums und der Vaginalschleimhaut

zu sichtbaren Primäraffekten geführt. (Es ist nunmehr Kolle und Ritz gelungen, durch Paarung von Kaninchen, von welchen das eine (M. oder W.) mit einem luetischen (spirochätenhaltigen) Genitalaffekt behaftet war, spontane Übertragung der Syphilis auf dem Wege des Geschlechtsverkehrs, die bisher noch nicht beobachtet war, zu erzielen. Farbige Reproduktionen fixieren diese wichtigen Ergebnisse.

Eicke, H. Über die Zeit des Eintritts der Wassermannschen Reaktion beim Primäraffekt und ihre Abhängigkeit vom Sitze des Schankers. p. 325—345.

Die Angaben über Zeit des Eintritts der Wa.R. schwanken beträchtlich, was zum Teil mit der ungenauen Zeitbestimmung des Infektionstermins zusammenhängt. Eicke hat deshalb das in 3 Jahren zusammengekommene Material eines Kriegslazaretts — 1200 Primäraffekte — in dieser Richtung möglichst genau geprüft und hat 605 Fälle und von diesen insbesondere 77 Fälle, bei welchen sich der Infektionstermin bis auf 1—2 Tage bestimmen ließ, seinen Feststellungen zugrunde gelegt. Die sehr auffälligen Unterschiede in der Schnelligkeit des Auftretens der Wa.R. hält er im wesentlichen abhängig vom Sitz des Schankers, was sich durch verschiedene Verteilung (und Menge) der Blut- und Lymphgefäße, namentlich letzterer, daselbst erklären läßt. Die Bändchenaffekte geben am frühesten (von der 3.—4. Woche an) + Wa.R., später die Affekte des innern Vorhautblattes, zuletzt jene der Eicheloberfläche. „Besonders bei diesen ist der Zusammenhang zwischen dem Auftreten der Wa.R. und dem Grade der Inguinaldrüsenanschwellung deutlich. Überhaupt ist die Stärke der Inguinaldrüsenschwellung beim Primäraffekt ein direkter klinischer Maßstab für das Vorhandensein der Reaktion.

Ledermann, R. Über Haarausfall nach Grippe. p. 345.

In diesen einleitenden Diskussionsbemerkungen erörtert Ledermann einige Vorkommnisse bei dem Haarausfall nach der großen Grippeepidemie Ende 1918. So die Zeitdifferenz zwischen Grippe und nachfolgendem Haarausfall, die häufige große Kopfhautempfindlichkeit von geradezu neuralgischem Charakter, die depressorische Gemütsstimmung mancher Kranken u. a. Ledermann hält neben der hohen Temperatur noch eine spezifische Intoxikation als Ursache des Haarausfalls. Prognose günstig.

Zurhelle, E. Mycosis fungoides mit Tumorbildung innerer Organe. p. 351—362.

Ein Fall von Mycosis fungoides d'emblée bei einer 38jährigen Frau, der zeitweise durch $1^1/_2$ Jahre in der Bonner Klinik beobachtet und dort obduziert wurde, bot multiple Tumoren an Haut, Herzen, Nebennieren und Nieren.

Die Tumoren von Nebennieren, Nieren und Herz wurden von Aschoff, dem sich Ribbert später anschloß, als solche der lymphatischen Reihe angesehen, Zurhelle neigt für seinen Fall der Anschau-



ung von Zumbusch zu, der für manche Fälle von Mycosis fungoides mit Metastasen auf Grund makro- und mikroskopischer Merkmale annimmt, daß die Metastasen an Lymphosarkome erinnern (während in andern Fällen die Metastasen dem Bilde der Hauttumoren der Mycosis entsprechen). Der Blutbefund solcher Fälle, wie jener von Zurhelle, ähnelt später durch Zunahme der Lymphocyten dem bei Pseudoleukämie. Die Mycosis führt so zu malignen sarkomartigen Metastasen. Rudolf Winternitz (Prag).

Dermatologisches Zentralblatt.

XXIII. Jahrgang. Nr. 7.

Eisner, Erich. Erythema exsudativum multiforme universale mit Beteiligung der Sklera. p. 98.

Ein hartnäckiges Erythema multiforme mit mehrwöchentlichen zeitweise schweren Krankheitserscheinungen zeigte eine Mitbeteiligung der Sklera in Form einer Entzündung der Conjunctiva mit kleinen Blutungen und eines ringförmigen blauroten Infiltrates von fast Pfennigstückgröße in der Sklera. Unter Salicyltherapie und Bettruhe erfolgte vollständige Heilung.

Lange, C. Zur Technik der konzentrierten, intravenösen Neosalvarsaninjektion. (Schluß.) p. 99.

Falls in der Ellenbeuge keine für die Injektion geeignete Vene vorhanden ist, findet sich manchmal am Handrücken oder der Radialseite des Handgelenkes eine geeignete Vene, oder es tritt durch Schlagen des Vorderarmes mit einem zusammengelegten Handtuch oder Klopfen der zarten Vene mit einem Perkussionshammer eine Vene deutlicher hervor. Zur Hautdesinfektion wird Aceton empfohlen. Die Technik der intravenösen Injektion selbst wird auf das genaueste besprochen.

XXIII. Bd. Nr. 8.

Saudek, J. Pellidol (Calle) als Haarwuchsmittel. p. 114.

Von der Erwägung ausgehend, daß das Pellidol seine mit den anderen Scharlachpräparaten gemeinsame spezifische Einwirkung auf die Epithelvermehrung der Haut vielleicht auch auf die zelligen Elemente der Haarwurzelscheiden in gleichem Sinne erstrecken dürfte, hat Autor bei etwa 40 Fällen von Alopecia areata eine 2 proz. Pellidolsalbe zweimal täglich unter mäßiger Massage in die kahlen Stellen einreiben lassen. In den meisten Fällen konnte schon nach 2 bis 3 Wochen Auftreten bzw. Stärkung der Flaumhaare festgestellt werden. Auch bei Fällen allgemeinen Haarausfalles konnte deutlich eine beschleunigte Haarregeneration festgestellt werden.

Hugo Fasal (Wien).



Japanische Zeitschrift für Dermatologie und Urologie.

Bd. XIX. 1919. Heft 1.

Dohi u. *Kato*. Über Espundia (Leishmania americana). (Klinische, bakteriologische und historische Studien.)

Ein 38jähriger Japaner, der seit 6 Jahren in Peru ansässig war, wurde im Jahre 1912 im Flußgebiete von Madre de Dios durch Bisse von Riesenameisen mit Leishmania infiziert. Es entstand nach 4 bis 5 Tagen unterhalb des rechten Mundwinkels ein induriertes Knötchen, das in ca. 14 Tagen geschwürig zerfiel. Keine subjektiven Beschwerden. Schwellung beider submaxillaren Drüsen. Das Geschwür verhielt sich gegen jede Therapie refraktär. Die Erkrankung ergriff auch die Rachenwand, den weichen Gaumen und führte zum Verlust der Hälfte der Uvula. Auch am Naseneingang bildeten sich kleine Geschwüre, sowie intensive Rötung und Gefäßektasien an der Nasenwurzel, die allmählich bis zur Nasenspitze reichten. Als Patient im Jahre 1918 in die Klinik Dohi kam, waren die Geschwüre am Mundwinkel und im Rachen vernarbt, die Nase zeigte aber eine intensive rosaceaähnliche Rötung, von der Nasenwurzel bis zur Spitze, gegen die Wangen scharf abgegrenzt und von stark dilatierten, in der Längsachse der Nase verlaufenden Gefäßen durchzogen. Am Naseneingang und in der Nasenhöhle mit schmutziggelben Knoten bedeckte Geschwüre, die einen granulierenden Grund mit unterminierten Rändern zeigen. Nasenrücken und Oberlippe stark geschwollen. Wassermannreaktion und Pirquet negativ. Im Harn Spuren von Eiweiß. Leishmania konnte bei dem reichlich vorbehandelten Patienten nur in einem von 36 Ausstrichpräparaten nachgewiesen werden. Kultur mißlang, auf den Nährböden wuchsen neben Staphylococcus albus und aureus 2 Arten von Stäbchen und 3 Arten von Kokken. Therapeutisch erwiesen sich nur intravenöse Injektionen von Brechweinstein erfolgreich. Patient erhielt von Juni bis Dezember 74 Injektionen einer 1 proz. Lösung, im ganzen 3,245 ccm. Heilung der Geschwüre, vollkommener Rückgang der Schwellung, Rückbildung der Gefäßektasien. — Es handelt sich hier also um den ersten Fall von Leishmania in Japan, der allerdings nicht autochton ist. Zum Schlusse wird die Frage der Identität von Orientbeule und Espundia diskutiert.

Heft 2.

Kurita. Über Ulcus molle serpiginosum.

Homma. Ein Fall von Initialsklerose am unteren Augenlide.

Heft 3.

Takahashi, K. (Niigata.) † 19. Februar 1919.

Yanagihara. Beiträge zur Kenntnis der Pagetschen Krankheit.

Bei einer 50jähr. Frau wurde wegen ganz beginnendem Morbus



Paget die linke Brustwarze samt dem Warzenhof exzidiert. Ein halbes Jahr später Drüsencarcinom in der Mamma. Pagetdisease ist also eine spezielle Form des Carcinoms, die von der Mündung des Milchdrüsenganges ausgeht.

Takahashi. Über die Extraktionsmethode von Fremdkörpern in der Blase, besonders des in der Blase zurückgelassenen Leitbougies mittels Ureterencystoskop.

Maruta. Über einen mit dem sogen. Kaposischen Sarkom verwandten Krankheitsfall.

Völlig unklarer Fall. Seit 11 Jahren bestehende angiomatöse Tumorbildung an der linken Wange eines 22jähr. Patienten. Der Abbildung und Beschreibung nach ein Hämangiom. Das Vorkommen von echtem Kaposischen Sarkom in Japan hält der Autor selbst für sehr zweifelhaft.

Dohi. Über das Medizinalwesen von Altchina vor ca. 2000 Jahren.

Interessante Zusammenfassung der im Chou-Li, einem der ältesten altchinesischen Werke (entstanden ca. 462 v. bis 347 n. Chr.), enthaltenen sanitären Bestimmungen. Es gab Heilärzte für „alle Kranken im Volke", Wundärzte für Geschwülste, Frakturen usw., Leibärzte für Könige und hohe Beamte, auch Tierärzte. Die medizinische Verwaltung liegt in der Hand des ärztlichen Vorstandes, der Gifte und Arzneien sammelt und zu Heilzwecken verteilt. Alle inneren wie äußeren Kranken im Lande werden an die Ärzte verteilt. Am Ende des Jahres werden ihre Heilresultate geprüft, nach welchen das ärztliche Gehalt bestimmt werden soll. Ärzte erster Klasse sind die, die alle behandelten Kranken geheilt haben, dann kommen diejenigen, deren Mißerfolge 10% usw. bis 40% ausmachen. Todesfälle sind dem ärztlichen Vorstand anzuzeigen.

Heft 4.

Miyabara. Über die Lepra in Formosa.

Dohi, Sh. Über das Exanthema menstruale.

Ota. Zwei Fälle von generalisiertem Lichen simplex chron. Vidal.

Kasuistik.

Heft 5.

Sakanoue. Über die Wirkung des Ermiels, eines neuen antiluetischen Quecksilberpräparates.

Wasserlösliches Doppelsalz von Salicylquecksilber mit Veronal, mit 38% Hg-Gehalt. Günstige Erfahrungen.

Terada. Über zwei Fälle von Bromoderma tuberosum beim Säuglinge und die Bedeutung der Muttermilch für dessen Entstehung.

Bei einem 2 Monate und einem 7 Monate alten Kinde kam es durch Bromdarreichung an die Mutter zur Entwicklung von Bromoderma.



Heft 6.

Kambayashi. Ein Beitrag zur Kenntnis der Pilzarten bei Trichophytieerkrankungen in Japan.

Kambayashi erhielt von 37 Fällen verschiedener Trichoghytonerkrankungen der behaarten und unbehaarten Haut 21 mal Reinkulturen von 7 Arten von Pilzen, unter denen das Trichophyton gypseum granulosum, Tr. gyps. lacticolor und Tr. cerebriforme erstmalig in Japan gefunden wurde. Bei Erkrankungen auf unbehaarter Haut fand sich viermal Tr. gypseum, je einmal Tr. cerebriforme und violaceum, viermal Epidermophyton inguinale und einmal ein Mikrosporon. Am Kopfe einmal Tr. cerebriforme, dreimal Tr. violaceum, sechsmal Mikrosporie, die aber von den bisher beschriebenen Formen abweicht. Aus drei Fällen von Tr. palmaris konnte der Autor zweimal Tr. gyps. granulosum und einmal Epidermophyton inguinale kultivieren.

Noguchi, K. Ein Fall von Erysipelas gangraenosum.

Ein 49jähriger Kaufmann bekam unter Schüttelfrost und Fieber eine rötliche Schwellung von Penis und Scrotum, die später in ausgedehnte Geschwürsbildung überging. Iliacalabsceß, Peritonitis, Sepsis, Exitus. Die Kultur ergab Bac. proteus vulg. als Ursache der Erkrankung.

Heft 7.

Shiga. Ein Beitrag zur Kenntnis der Acanthosis nigricans.

Shiga berichtet über eine 38jährige Frau, die an den typischen Lokalisationsstellen die charakteristischen Symptome der A. nigr. darbot und nach viermonatlicher Krankheitsdauer starb. Bei der Sektion fand sich: ein hühnereigroßes Carcinom an der kleinen Kurvatur des Magens mit Metastasen in den perigastralen, retroperitonealen und supraclavicularen Lymphdrüsen. Ferner Pigmentablagerung in den Lymphdrüsen, besonders reichlich in den axillaren und inguinalen. Endlich Veränderungen der Nebenniere, und zwar unregelmäßige Anordnung der Rindenzellen mit reichlichen Rindenadenomen und linsengroße Knötchenbildung im Mark der linken Nebenniere. In der peripheren Zone der Knötchen fanden sich stark dilatierte Kapillaren, gefüllt mit zahlreichen Erythrocyten und vereinzelten Krebszellen. In der Umgebung Hämorrhagien. In der zentralen Zone Nekrose der Zellen und geringgradige Bindegewebswucherung. In der Zentralvene des Markes war eine Blutplättchenthrombose mit einigen Krebszellen nachweisbar. Der Autor schließt aus diesen Befunden auf eine retrograde Capillarembolie in der Nebenniere mit Krebszellen aus den retroperitonealen Lymphdrüsen. Bei den Hautveränderungen stand nicht die Acanthose im Vordergrund, sondern vielmehr die starke Wucherung und Hyperpigmentation im papillaren Anteil der Cutis und Epidermis. Bezüglich der Patho-

genese scheint dem Autor eine Störung im Sympathicus am wahrscheinlichsten, denn bei fast allen zur Sektion gelangten Fälle von Ac. nigr. fand sich primäres oder metastatisches Carcinom im Abdomen, wodurch es leicht zur Kompression des Sympathicus kommen kann.

Momose u. *Kawahara*. Über die Autoserumtherapie der Cerebrospinalsyphilis.

Heft 8.

Mitsuda. Über den Wert der Cutireaktion mit einer Emulsion von Lepraknoten.

Kurita. Streptobacillenvaccine bei Bubonen.

Heft 9.

Tetsuta Ito (Chiba). 3. August 1919.

Sato. Beitrag zur Kenntnis des Mycetoma pedis.

Sakanone. Ein Fall von Dermoidcyste im Gesicht.

Ota. Bemerkungen zur Arbeit von Kambayashi in Heft 6.

Kambayashi. Entgegnung.

Der Autor wünscht die idiopatische Dysidrosis, bei der sich niemals Pilze finden, von der klinisch wohl ähnlichen Trichophytia palmaris et plantaris zu trennen. Bei dem interdigitalen Ekzem an den Zehen, das in Japan „Mizumushi“ (Wasserwurm) heißt, konnte der Autor zumeist Trichophyton niveum denticulatum nachweisen, doch fanden sich auch noch andere Trichophytonarten.

Dohi, K. Über den Ursprung der Syphilis mit besonderer Berücksichtigung der alten japanischen und chinesischen Literatur.

Dohi hat gelegentlich der Abfassung seines „Handbuches der Syphilis“ sich eingehend mit der Geschichte der Syphilis in der alten Welt beschäftigt und teilt die Resultate seiner Untersuchungen in einer umfangreichen Arbeit mit. Zunächst wendet er sich gegen die von Adachi vertretene Ansicht, der aus einem prähistorischen Knochenfund in der Nähe von Tokyo auf das Vorhandensein von Syphilis in Japan bereits zur Steinzeit schließt. Auch in den ältesten chinesischen und japanischen medizinischen Werken findet Dohi wohl Trichophytie, verschiedene Ekzemarten, Krebs, Lepra, ja sogar reine Formen des Impetigo contagiosa streptogenes beschrieben, aber keine Anhaltspunkte für Syphilis. Hingegen scheint das Ulcus molle (Toseso, d. h. Wunde durch eifersüchtigen Samen, bei Männern an der Glans, bei Weibern an der Vulva, zernagt und mörserähnlich aussehend, sehr schmerzhaft [Fukudempo]) sowohl in Japan wie in China sehr alt zu sein, denn der Name To-se-so stammt aus dem altchinesischen „Rezept das tausend Gulden wert ist“ des Sun-tsjomoh († 682 n. Chr.). Bezüglich der europäischen Syphilis ist Dohi gleichfalls der Ansicht, daß dieselbe durch die Mannschaften von Kolumbus nach Spanien importiert und von da teils auf dem See-



wege, teils auf dem Landwege durch die französischen Truppen Karls V. nach Süditalien verschleppt wurde. In Indien und auf den Südseeinseln findet sich die Syphilis erst nach der Ankunft Vasco de Gamas. Bezüglich der Syphilis in China tritt Dohi der Ansicht anderer Forscher bei, daß dieselbe in Kanton im Anfang des 16. Jahrhunderts (1504—1505[?]) zuerst auftrat, glaubt aber, daß sie dorthin nicht direkt durch die Portugiesen, sondern durch die mit diesen Handel treibenden Chinesen selbst eingeschleppt wurde, besonders durch die innigen Handelsbeziehungen in Malakka. Von dort aus scheinen auch die Japaner im Jahre 1512 ihre Syphilis bezogen zu haben, und zwar durch die Lequearer und durch die Seeraub betreibenden Bewohner der südlichen Küstenstriche Japans. Jedenfalls erfolgte die erste Ankunft der Portugiesen in Japan erst 1543, also mehr als 30 Jahre später als die erste Syphilisepidemie in Kyoto.

Walther Pick (Teplitz).

Geschlechtskrankheiten.

Syphilis.

I. Allgemeines, Experimentelles, Diagnostik, Serologie.

Schwab, M. Schutz den hereditär Syphilitischen! Zentralbl. f. Gynäkol. 1920. Heft 13. p. 323.

Anregung für die öffentlichen Anstalten und das Fürsorgewesen, das Schicksal der hereditär syphilitischen Kinder in ihre Hand zu bekommen. Sonst nichts Neues. Martin Friedmann (Breslau).

Blaschko. Anleitung zur Frühdiagnose und Frühbehandlung der Geschlechtskrankheiten. Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. 1919. Nr. 5.

Alle wichtigen Punkte des Themas berührende, merkblattartige Darstellung. Kurt Wiener (Breslau).

Hubert. Ein weiterer Beitrag zur Häufigkeit der Lues. Münch. med. Wochenschr. 1918. Nr. 22. p. 619.

Die Lues ist eine sehr häufige Erkrankung der Großstadt. Unter dem Krankenhausmaterial der Rombergschen Klinik in München betrug sie 10,3%, wobei sicher diese Zahl zu niedrig ist. Lues latens ist sehr häufig, schwer erkennbar, häufig nur durch die Wassermannsche Reaktion diagnostizierbar. In den ersten vier Jahrzehnten ist die Lues unter den Frauen häufiger als unter den Männern (Kriegsfolge?). Auch im höheren Alter kommt die Lues noch ziemlich häufig zur Beobachtung. Die Tuberkulose ist nur um 3,6% häufiger als die Lues. Alfred Perutz (Wien).



Morin, Ch. Prophylaxe der venerischen Krankheiten. Revue médicale de la Suisse romande. 1920. p. 92.

Verf. empfiehlt im wesentlichen eine energische Behandlung der Kranken und Belehrung der Infizierten über die Gefahren des Verkehrs und der Krankheiten. Daneben soll die individuelle Prophylaxe möglichst gefördert werden. Von Zwangsmaßnahmen will er abstrahieren, da sie die Venerischen nur dem Kurpfuschertum in die Hände treiben.

Morin gibt des weiteren Auskunft über die Behandlungsmöglichkeiten der Geschlechtskranken in Genf und perhorresziert die Abendsprechstunden in den Polikliniken, die er für Genf nicht wünscht. Max Winkler (Luzern).

Pick, W. Die Simulation von Geschlechtskrankheiten. Med. Klin. 1917. Nr. 6. p. 148.

Pick berichtet über folgende Simulationen von Geschlechtskrankheiten, die nach den Angaben des Verf. recht häufige Vorkommnisse darstellen: I. Künstlicher Tripper meist durch Einbringen von Seifenstückchen in die Harnröhre hervorgerufen, aber noch andere Ätzmittel werden verwendet. II. Künstliche Balanitis durch Cantharidenpflaster. III. Künstliches Ulcus molle durch Salben mit wasserlöslichem Quecksilberzusatz. IV. Künstliche Initialsklerose durch Salben mit starkem Laugengehalt. V. Künstliche sekundäre Syphilis durch Cantharidenpflaster, geriebenen Knoblauch usw. VI. Künstliche tertiäre Syphilis durch Laugenverätzungen.

Pick geht sorgfältig bei den einzelnen simulierten Krankheitsbildern auf die Differentialdiagnose ein.

Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Zieler. Die frühzeitige Diagnose und Differentialdiagnose der Syphilis. Münch. med. Wochenschr. 1918. Nr. 6. p. 148.

Merkblatt für Truppenärzte. Im Original nachgelesen.

Alfred Perutz (Wien).

Zieler. Wann dürfen „geschlechtskranke“ Mannschaften usw. beurlaubt werden? Münch. med. Wochenschr. 1918. Nr. 7. p. 189.

Merkblatt für Truppenärzte. Jeder, der an einer Geschlechtskrankheit leidet oder gelitten hat, kann beurlaubt werden, wenn er geheilt oder zur Zeit nicht mehr ansteckungsfähig ist.

Alfred Perutz (Wien).

Lesser, E. Über Geschlechtskrankheiten im Felde und deren Verhütung. Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. 1914. Nr. 23.

Würdigung der Bedeutung der Geschlechtskrankheiten für die Kampfkraft der Truppe. Verneint die Behandlungsmöglichkeit bei der Truppe. Empfiehlt das Condom unter Kriegsverhältnissen zur allgemeinen prophylaktischen Anwendung im Heere, ferner Beleh-



rung der Mannschaften sowie bes. strenge Maßnahmen zur Entfernung der Infektionsquellen von Kneipen und Straße (Kellnerinnen, Prostituierte) und deren ärztliche Überwachung.

Kurt Wiener (Breslau).

Schnyder, W. R. Die Geschlechtskrankheiten in der schweizerischen Armee während der Mobilmachung, zusammengestellt an Hand des Materials der Etappen-Sanitätsanstalt Solothurn. Korrespondenzbl. f. Schweiz. Ärzte 1919. Nr. 51 und 52.

Verf. hat das Material der Etappen-Sanitätsanstalt Solothurn vom 12. VIII. 1914 bis 1. I. 1918 statistisch gesiebt und kommt zu folgenden Resultaten:

In der E. S. A. Solothurn wurden in toto 3709 geschlechtskranke Soldaten verpflegt, davon litten 700 an Syphilis und 3009 an Gonorrhöe. Das Verhältnis Lues zu Gonorrhöe beträgt ungefähr 1:4. Der Zugang an Geschlechtskranken beträgt etwa 9% der Gesamtheit der in Solothurn verpflegten Soldaten. Die durchschnittliche Behandlungszeit beträgt für Gonorrhöekranke 44 Tage, für Lueskranke 37 Tage. Die Gesamtzahl der Verpflegungstage 183 021. Der Ausfall für die Armee beläuft sich auf 227 614 Tage.

An Lues I litten 262, an Lues II 279, Lues III 26, latent waren 133. An akuter Gonorrhöe litten 64%, an chronischer Gonorrhöe 36%. Groß war die Zahl der gonorrhoischen Komplikationen, nämlich 33%, wovon 21% eine Epididymitis durchgemacht haben. Außerdienstlich haben sich 66% Gonorrhoiker und 76% Luetiker infiziert. Am meisten kamen größere Städte und kleinere, längere Zeit mit Truppen belegte Bezirke als Infektionsquelle in Betracht. Nach Verf. stellen die angeführten Zahlen Minimalzahlen in bezug auf das wirkliche Vorkommen der Geschlechtskrankheiten in der schweizerischen Armee dar. Approximativ schätzt Schnyder die Zahl der Geschlechtskranken im Auszug in den Jahren 1916—1917 auf 20‰.

Zum Schlusse werden Vorschläge gemacht zur Bekämpfung der venerischen Leiden während der Friedens- und Kriegszeit, wobei in erster Linie die Prophylaxe berücksichtigt wird. Max Winkler.

Schultren. Abwendung der gesundheitlichen Gefahren der Demobilmachung. Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. 1919. Nr. 5.

Von dermatologischem Interesse ist die mitgeteilte Absicht, geschlechtskrank seit dem 1. XI. 1918 ohne Untersuchung entlassene Soldaten militärischerseits ambulant zu behandeln. Ferner ist der Entschluß von Bedeutung, daß die Militärbehörden der Namhaftmachung der geschlechtskrank gewesenen Leute an die Landesversicherungsanstalten zustimmen. Kurt Wiener (Breslau).

Kafemann, R. Das Problem des persönlichen Syphilisschutzes und seine Lösung. Med. Klin. 1918. Nr. 3. p. 58.

Kafemann empfiehlt ein neues Präparat zur persönlichen



Syphilisprophylaxe, das Trisalven; die eigentlichen Desinfizienzien des Präparates sind Sublimat und Phenolcampher.

Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Schereschewsky, J. Praktische Ergebnisse der Chinin-Luesprophylaxe in der Armee. Berl. klin. Wochenschr. 1919. Nr. 32. p. 752.

Schereschewsky empfiehlt seine schon früher angegebene hochwertige Chininsalbe. Während des Krieges hatte er Gelegenheit, sich von ihrer guten Wirkung zu überzeugen. Von den zahlreichen Chauffeuren einer in einer stark luesdurchseuchten Stadt sich aufhaltenden Sanitätsautomobilkolonne erhielt eine Hälfte die S.sche Salbe, die andere nicht. Unter letzteren weiter vielfache Ansteckungen, unter ersteren keine einzige. Die gleiche Beobachtung bei etwa 100 Offizieren. Ein Schutzbesteck, das diese Chininsalbe (ihre Zusammensetzung ist in der Arbeit nicht angegeben) außer einem Gonorrhöeprophylakticum enthält, ist in Vorbereitung.

Krakauer (Breslau).

Werther. Die Aufstöberung der unerkannten Syphilis und die Vorteile, welche die Angliederung der Beratungsstellen an Fachabteilungen der Krankenhäuser hat. Münch. med. Wochenschr. 1918. Nr. 11. p. 288.

Anregung zur Gründung von Beratungsstellen an Krankenhäusern. Alfred Perutz (Wien).

Müller, Max (Metz). Der Behandlungsschlendrian auf dem Gebiete der Geschlechtskrankheiten. Münch. med. Wochenschr. 1918. Nr. 16. p. 428.

Ursache der Zunahme der Geschlechtskrankheiten ist unter anderem auch die mangelhafte Behandlung derselben, bedingt durch mangelhafte Ausbildung. Propagierung „ärztlicher Wanderkurse".

Alfred Perutz (Wien).

Zumbusch. Geschlechtskrankheitenbekämpfung und Strafrecht. Münch. med. Wochenschr. 1918. Nr. 2. p. 47.

Im Original nachzulesen. Alfred Perutz (Wien).

Schmalz, Wilhelm. Über die Einschleppung von Geschlechtskrankheiten und Malaria durch unsere aus Rußland heimkehrenden Gefangenen. Dtsch. med. Wochenschr. 1919. Nr. 11.

In Rußland hatte die Syphilis während des Krieges teils durch die Indifferenz und abergläubischen Anschauungen des Volkes, teils durch den Mangel und die Teuerung der Medikamente erschreckend zugenommen. Die Revolution, die unseren Gefangenen daselbst Freiheit im Verkehr mit Einheimischen gewährte, brachte ihnen zugleich die Möglichkeit der Infektion. So kam es, daß zahlreiche deutsche Gefangene geschlechtskrank aus Rußland heimkehren, und Verf. fordert mit Recht deren sorgfältige militärärztliche Untersuchung und Behandlung zum Schutze ihrer Familien. Ähnlich ver-



hält es sich mit den Erkrankungen an Malaria, die in vielen Gegenden Rußlands endemisch ist. Auch hier ist eingehende Untersuchung und vorschriftsmäßiger Chiningebrauch nötig. Max Joseph (Berlin).

Kaulla. Zur Frage der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten. Münch. med. Wochenschr. 1918. Nr. 29. p. 791.

Einführung des militärischen Kontrollsystems bei der bürgerlichen Polizei bei den weiblichen Prostituierten und bei den Ausländern. Alfred Perutz (Wien).

Güth, Georg. Neuordnung der Sittenpolizei. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 12. 1919.

Angesichts der neuzeitlichen Wesenszwecke der Sittenpolizei, gesundheitliche Überwachung und soziale Rettung der Prostituierten, wünscht Güth eine völlige Umgestaltung dieser Behörde bis auf den Namen, der irreführend geworden ist. Das Gesundheits- bzw. Pflegeamt sei auch räumlich von der Kriminalpolizei abzusondern, der Medizinalpolizei anzugliedern und einem verwaltungstechnisch ausgebildeten Arzt zu unterstellen. Für die Unterbringung gefährdeter Mädchen behufs Erziehung, Bewahrung und Berufsausbildung sei amtliche Vorsorge zu treffen. Die ordnungs- und anstandspolizeilichen Vorschriften sind aus dem Kontrollreglement auszumerzen, die Registrierung diene nur hygienischen Zwecken.

Max Joseph (Berlin).

Lesser, Fritz. Die Disziplinierung der Prostitution, ein neues System zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten. Berliner klin. Wochenschr. 1920. Nr. 3 u. 4. p. 53.

Verf. sammelte seine Erfahrungen im Kriege als militärärztlicher Leiter einer Zentraluntersuchungsstelle für die geschlechtskranken Soldaten und zugleich Chefarzt der Sittenpolizei und des Dirnenkrankenhauses in Warschau.

Er fand, daß viele Dirnen, die weichen Schanker übertragen hatten, klinisch gesund waren, aber im Harnröhren- und Portiosekret Ducrey-Bacillen fast in Reinkultur aufweisen. Waschungen mit Kal. hyp., Einfetten der Geschlechtsteile mit Vaseline erwiesen sich als sicherer Schutz; gleichzeitig nahm die Krankheit unter Soldaten und Bevölkerung ab. Auch bei der Gonorrhöe erwies sich die Durchführung der bisher so vernachlässigten prophylaktischen Behandlung des Weibes als sehr nützlich. Die Frauen spritzten mit einer Gummiballonspritze (Ohrenspritze) 5proz. Protargolzuckerlösung in die Urethra ein; die Technik erlernten sie sehr rasch und sicher, was auch bei der Behandlung ein großer Gewinn war. Gegen die Cervixinfektion erwies sich Spülung mit Kal. hyp. als sehr zuverlässig und ausreichend; Dirnen mit 20—30 Besuchern täglich blieben go.-frei. Okklusivpessare waren zwar wirksam, bewährten sich aber praktisch nicht.

Bezüglich der Syphilis rechnete man in Warschau, daß innerhalb dreier Monate nach Prostituierung Erkrankung eintrete. 150



noch nicht infizierte Frauen erhielten nun monatlich je einmal Neo-Salvars. Dos. IV; 110 Dirnen konnten klinisch und serologisch 9 bis 12 Monate untersucht werden, 2 davon bekamen Wa.R. +, allmählich ebenso eine dritte, die einwandfrei als Infektionsquelle angegeben war; 107 blieben gesund und wurden nicht als Infektionsquelle angegeben. Von den Frauen ohne Prophylaxe waren die meisten in 6 Monaten infiziert. Die Unterdrückungsmöglichkeit der Ansteckung wurde folgendermaßen geprüft: eine Gruppe infizierter Frauen erhielt monatlich Neo-Salv. Dos. IV, eine andere vierteljährlich eine Hg-Kur von 5 Hg salic. Spritzen. Die erste Gruppe blieb größtenteils rezidivfrei und wurde selten als Infektionsquelle angegeben, obwohl die meisten Wa.R. + hatten. Bei der zweiten Gruppe sehr oft bald nach Kurende klinische Rezidive und häufige Meldung als Infektionsquelle. Sorgfältig durchgeführt wurde die persönliche Prophylaxe mit Hilfe eines Merkblatts und eines obligatorischen Taschenbestecks, das Kal. hyp., Protargol, Spritze, Condome, Sublimatvaseline enthält; dazu Unterweisungen und Überwachungen bezüglich des Gebrauchs und der Vollständigkeit. Diese Maßnahmen fanden auch bei der Geheimprostitution in Warschau Anklang und Nachahmung. L. möchte, von dem Gesichtspunkte ausgehend, daß der junge Mann gewöhnlich mit Prostituierten zuerst geschlechtlich verkehrt, die prophylaktischen Maßnahmen bei den Dirnen, sowie die Aufklärung soweit ausdehnen und befestigen, daß diese auch imstande sind, auf den Mann belehrend einzuwirken! Dann würden auch die Gegner der Reglementierung — ein Wort, das er durch Disziplinierung ersetzt wissen will — dieser nicht so ablehnend gegenüberstehen. Gelten dann einmal die prophylaktischen Maßnahmen als etwas Selbstverständliches, so wird man auf diesem Wege zum Abolitionismus gelangen können. Anzeigepflicht der Infektionsquelle seitens der Ärzte muß erstrebt werden, natürlich nur zum Zwecke der Behandlung. Aber die Reglementierung kann nicht entbehrt werden; nur muß die bisherige Dirnenüberwachung verwaltungstechnisch und ärztlich von Grund auf geändert werden. Krakauer (Breslau).

Oelze, F. W., Über die Spirochätenbefunde von Karl Spengler und S. Fuchs- v. Wolfring, nebst Bemerkungen über die Methodik der Spirochaetenuntersuchungen. Berliner klin. Wochenschr. 1919. Nr. 50. p. 1186.

Den im Anfang der Arbeit ausführlich zitierten Ansichten von Karl Spengler und Fuchs- v. Wolfring, (daß nämlich die Spiroch. pallid. nur eine Wuchsform eines sehr formvariablen Stäbchens sei, dessen andere Formen Ovoidsporen, Syphilisgranula, Scheinfäden, Refringensformen sind; daß ferner aus einem Blutkoagulum oder dem Venenblut eines Kranken, evtl. nach Anreicherung, im Dunkelfeld und Giemsapräparat sich eine lebhafte Anreicherung von Spirochäten und anderen Wuchsformen im syphilitischen Blut



feststellen läßt und daß 164 Paralleluntersuchungen in Letulles Pariser Institut die große Überlegenheit dieser Methode auch über die Wa.R. festgestellt haben), diesen Ansichten stellt Ö. die Hoffmannschen Forderungen für die Spicoch. pallid. und damit den Luesnachweis als für die Praxis vorläufig allein zu Recht bestehend gegenüber. Jedoch ganz anders ist die theoretische Wertung für die Spirochätenforschung zu beurteilen. Sie würden umwälzend wirken, wenn sie der Nachprüfung standhalten. Für diese kommen in erster Linie Dunkelfelduntersuchungen in Betracht. Aber hierbei ist auf die allersorgfältigste Technik und modernste Apparatur — gewöhnliche Dunkelfeldvorrichtungen reichen nicht aus — Bedacht zu nehmen. Bei Schilderung der gewonnenen Ergebnisse ist genaue Angabe der Mikroskopeinrichtungen unerläßlich, zumal Dunkelfeldmikroskope am wenigsten objektähnliche Bilder liefern. Auch die Mikrophotographie mit Messungen ist heranzuziehen. Verf. weist dabei auf seine Erfahrungen in der theoretischen Spirochätenforschung hin, die er als Zoologe sammeln konnte. Zum Schluß ist eine Arbeit von L. C. Quéry, Paris 1919, erwähnt, die ebenfalls den Syphiliserreger als gramnegatives Stäbchen auffaßt, das sich leicht in Reinkultur züchten läßt und äußerst polymorph ist; es bildet Fäden, aus denen Spirochäten werden. Aus den Kulturtoxinen gewann Q. durch Einspritzung an Affen ein ausgezeichnetes Serum. Krakauer (Breslau).

Loewenberg, Paul. Über Konservierung und Versendung von spirochätenhaltigem Reizserum in Capillarröhrchen zwecks Frühdiagnose des Lues. Berliner klin. Wochenschr. 1919. Nr. 30. p. 705.

Die Spiroch. pallid. hält sich, wenn man das Reizserum in Capillarröhrchen, am besten in NaCl-Lösung, auffängt, in der Mehrzahl der Fälle zumindestens 3—4 Tage lang sicher erkennbar.

Krakauer (Breslau).

Oelze, F. W. Über Entnahme und Transport von Spirochätenserum mittels Kanülen aus Glas. Deutsche med. Wochenschr. 1920. Nr. 7.

Oelze konstruierte sich zum Entnehmen von Spirochätenserum folgenden einfachen und praktischen Apparat: Auf den Metallteil einer alten Kanüle wurde ein passendes Stück Glasrohr aufgesetzt, dasselbe über der Bunsenflamme zu einer Capillare von 8 cm Länge, 1 mm Dicke, $^1/_2$ mm lichter Weite ausgezogen, der Kanülenhalter auf eine 2 oder 5 ccm Injektionsspritze aufgesteckt und der Metallteil über der Flamme erwärmt. Etwas Siegellack auf den Metallteil gebracht, vollendet die Capillare, mit welcher nun ein vorher gereinigtes Ulcus untersucht, physiologische Kochsalzlösung eingespritzt und Serum aus dem Ulcus auf den Objektträger gebracht werden kann. Will man das Serum versenden, so läßt sich die gefüllte Capillare leicht in der Nähe der Basis zuschmelzen. Max Joseph (Berlin).

Habermann, R. und *Manelshagen*, F. Die Bedeutung der Hoffmannschen Drüsenpunktion für die Früherkennung der Syphilis. Deutsche med. Wochenschr. 1919. Nr. 21.

In der Hofmannchen Drüsenpunktion, welche in den geschwollenen, dem Primäraffekt nahen Drüsen die Spirochäten nachweisen läßt, fanden Habermann und Manelshagen eine vorzügliche Methode zur Frühdiagnose der Syphilis. Die Probe bewährte sich, auch wo bei Mischinfektionen oder unzweckmäßig verätzten Ulcera der Spirochätennachweis im Reizserum mißlang. Die Geschwürspunktion wurde bei 20, die Drüsenpunktion in 33 Fällen von primärer Syphilis vorgenommen und erwies sich als ein einfacher wenig schmerzhafter aber diagnostisch überaus wertvoller Eingriff.

Max Joseph (Berlin).

Schereschewsky, J. Mikroskopische Frühdiagnose der Syphilis. Deutsche med. Wochenschr. 1919. Nr. 23.

Schereschewsky weist an einer eignen Beobachtung nach, wie schwer oft die Spirochäten an der Stelle des Primäraffekts festzustellen seien. Zur Entnahme des Materials erprobte er die Pasteursche Capillarpipette mit Gummiball als einen praktischen Apparat. In die Capillare werden 3—4 Tropfen Kochsalzlösung aufgenommen, die sklerotische Partie bis zu leichter Blutung abgekratzt, durch Druck auf den Gummiball die Kochsalzlösung auf die erodierte Stelle gespritzt, der Materialkochsalztropfen mit einer U-förmigen Syphoncapillare aufgesaugt, das offene dünne Ende über einem Bunsenbrenner und in gleicher Weise das Knie des U-Rohres in der Mitte zugeschmolzen, so daß das Spirochätenmaterial vor Luft und Austrocknung geschützt ist. Die Kochsalzlösung verhütet ein Gerinnen. Verf. sah bei dieser Methode die Spirochäten mehrere Wochen lang in Bewegung und unverändert in den Präparaten. Max Joseph (Berlin).

Hauptmann. Neuere Spirochätenforschungen bei Paralyse. Zeitschr. f. ärztl. Fortb. 1919. Nr. 22.

Bericht über die Forschungen der letzten 2 Jahre. Mit größter Wahrscheinlichkeit beherbergt jedes Paralytikergehirn Sp., und zwar fast ausschließlich in der Rinde, besonders der vorderen Großhirnpartien. Sie sind selten in der 1. Rindenschicht und in der Pia. Sie kommen diffus oder in kugeligen Herden vor, in deren Zentrum sie schwächer färbbar, dünner, unregelmäßiger gewunden sind (Schatten). Eine Parallele zwischen Zahl der Sp. und histologischer Veränderung ist bisher nur sehr unvollkommen auffindbar. Die Sp. dringen selten in Ganglienzellen ein. Gelegentlich sind sie in der Gefäßwand, manchmal um diese herum, selten im Gefäßlumen zu finden. Vielleicht wandern sie in der Gefäßwand oder auch in den Gefäßen. Die Gefäße zeigen meist keine endarteriitischen Veränderungen. Verf. erwähnt dann Beobachtungen von Lahnel und Sioli über Deformierungen der Sp. Vielversprechend erscheinen



Tierexperimente zur Entscheidung der Frage, ob Paralysespirochäten besonderen Gesetzen gehorchen. Die nächste Aufgabe soll der Spirochätennachweis im Zentralnervensystem sekundär Syphilitischer sein und die Beziehungen der Spirochäten zu den frühen Veränderungen sollen erforscht werden. So sollen die Wege der Sp.-Wanderung von Anfang an aufgeklärt und die für die Therapie wichtige Frage gelöst werden, ob wir es bei der Hirnlues mit mesodermal verteilten und bei der Paralyse mit ektodermal verteilten Sp. zu tun haben. Kurt Wiener (Breslau).

Saalfeld, Edmund. Aus der Syphilispraxis. Med. Klin. 1919. Nr. 13. p. 284.

Saalfeld betont die Wichtigkeit der Spirochätenuntersuchung bei auf Primäraffekt verdächtigen Krankheitsherden. Er bemerkt, daß die Syphilisbehandlung in den letzten Jahren schwieriger geworden sei und ihre sachgemäße Kenntnis offenbar nicht so verbreitet, wie es im Interesse der Patienten und im sozialen Interesse läge. Auch die Bewertung der Wa,R. lasse oft viel zu wünschen übrig. Er fordert, um die Sicherheit der Wa. zu erhöhen, die staatliche Kontrolle der dabei verwandten Reagentien.

Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Ebeler, F. Zur Technik der Blutentnahme. Zeitschr. f. ärztl. Fortb. 1915. Nr. 1.

Venenpunktionsnadel, die in einen federnden Halter hineingesteckt wird, der das Glas fixiert. Zu beziehen durch Vogel-Grevenberg, Köln, Herzogstraße 9. Kurt Wiener (Breslau).

Citron, H. Über Saugbälle und deren Ersatz. Zeitschr. f. ärztl. Fortb. 1920, 3.

Thermosauger, beruhen auf einer Anwendung von erwärmten Glaskugeln zur Erzeugung eines Vakuums bei Saugglocken und Pipetten. Kurt Wiener (Breslau).

Schippers, G. C. Über den Wert der Luetinreaktion für die Kinderpraxis. Zeitschr. f. Kinderheilk. 1915. Bd. XII. p. 239.

Die Luetinreaktionen mit dem Noguchischen Luetin wurden an 20 luetischen Kindern im Alter von 3 Monaten bis 15 Jahren und an 54 nichtluetischen Kindern im Alter von 2 Monaten bis 11 Jahren angestellt. Verf. kommt zu dem Schlusse, daß die Luetinreaktion für die Kinderpraxis nicht zu empfehlen sei, weil

1. diese Reaktion nicht genügend zuverlässig ist: in ca. 66% negativ bei Lues, in ca. 6% positiv bei Nichtlues;
2. die Beurteilung zuviel Zeit beansprucht; wenigstens 8 Tage;
3. die Beurteilung zuviel Erfahrung erfordert, die außerhalb der vielbesuchten Polikliniken und Kliniken wohl schwer zu erwerben ist;
4. die Reaktion negativ ist bei stark heruntergekommenen luetischen Kindern und oft positiv resp. zweifelhaft bei exsudativen Kindern. Martin Friedmann (Breslau).



Friedjung, J. K. Ärztliche Winke für die Überwachung der kindlichen Sexualität. Med. Klin. 1918. Nr. 19. p. 464.

Lesenswerte Arbeit, nicht zum kurzen Referat geeignet.

Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Emmerich, E. und *Hallenberger*, O. Sind Trypanosomiasis und Syphilis verwandte Krankheiten? Archiv für Schiffs- und Tropenhygiene 1919. p. 1.

Nach den klinischen und anatomischen Bildern bei experimenteller Trypanosomiasis und Syphilis, die nach den Verf. in jeder Beziehung eine auffallende Übereinstimmung zeigen, dürfte eine nahe Verwandtschaft der beiden Krankheiten wohl angenommen werden, wenn nicht, besonders am Zentralnervensystem, neben gemeinsamen Zügen die natürlich erworbenen Krankheiten so einschneidende Unterschiede zeigten, die ebenso stark gegen eine Verwandtschaft sprechen. Der Beweis, daß Trypanosomen und Spirochäten verwandt sind, ist noch nicht erbracht. Erst der einwandfreie Nachweis, daß dies tatsächlich der Fall ist, wird die Frage endgültig entscheiden können. Martenstein (Breslau).

Georgi, Dr. W. Studien über das serologische Verhalten der „Hammelblutrezeptoren" in den Organen. Arb. a. d. Inst. f. exp. Therap. usw. 1920. Heft 9. p. 31.

Zu kurzem Referat nicht geeignet. H. Biberstein (Breslau).

Golay, J. Vereinfachte Fixationsreaktion mit antimenschlichem hämolytischen System. Revue médicale de la Suisse romande 1919. Nr. 10.

Golay empfiehlt ein vereinfachtes Verfahren als Ersatz für die Wa.R., das sich an die Methode von Noguchi anlehnt. Als Antigen dient alkoholischer Leberextrakt von hereditärluetischen Kindern. Als Ambozeptor wird Kaninchenserum verwendet, das durch wiederholte intraperitoneale Injektionen von menschlichen roten Blutkörperchen hämolytische Eigenschaften gegen letztere erworben hat. Details sind im Original nachzulesen.

Verf. hat 100% positive Resultate bei nicht behandelter Lues II und 100% negative Resultate bei nicht spezifischen Krankheiten bekommen. Bei den übrigen Fällen stimmte das Resultat nur in 8% nicht mit demjenigen der Wa.R. überein. In diesen Fällen war der Unterschied nicht qualitativ, sondern nur graduell. Im ganzen soll die Reaktion etwas empfindlicher sein als die Wa.R. und wird hauptsächlich dem Praktiker empfohlen, da sie weniger zeitraubend sei und nicht so viele technische Hilfsmittel verlange.

M. Winkler (Luzern).

Goutzait, P. Über die albumino-zytologische Dissoziation der Lumbalflüssigkeit bei Tabes und Paralyse. Schweizerische Rundschau für Medizin 1919. Nr. 23. p. 453.

Verf. hat in der medizinischen Klinik in Genf 19 Fälle von Tabes und 15 Fälle von Paralyse auf das Verhalten des Eiweißes



und der Zellreaktion in der Lumbalflüssigkeit untersucht und gefunden, daß häufig eine Dissoziation bestehe, d. h. daß der Gehalt an Eiweiß und Zellelementen nicht parallel verläuft. Zunächst wurde der normale Gehalt festzustellen gesucht. Verf. schätzt den Eiweißgehalt auf 0,05% und den Zellgehalt auf 1—$1^1/_2$ Zelle auf 1 cmm.

Bei Tabes wurde ein Vorwiegen des Albumens über die Zellelemente und bei Paralyse ein Überwiegen der Zellelemente über den Eiweißgehalt in der Mehrzahl der Fälle festgestellt. Diese Differenzen werden so erklärt, daß bei der Tabes infolge der Sklerose der hintern Wurzeln eine Stauung zustande komme und damit eine Hyperalbuminurie, während bei Paralyse, wo eine Meningo-Encephalitis bestehe, ein stärkerer Austritt von Zellelementen stattfinde.

Max Winkler (Luzern).

Loewy, E. Wann soll man eine Lumbalpunktion machen? Zeitschr. f. ärztl. Fortb. 1919. Nr. 23.

Die Lumbalpunktion soll nie ambulant gemacht werden, der Patient soll danach 24—48 Stunden ruhig liegen. Verf. empfiehlt Seitenlage und Anwendung einer Kanüle mit Möglichkeit der Druckmessung vor Ablauf der ersten Liquortropfen. Von dermatologischem Interesse sind die Ausführungen über die diagnostische Punktion zur Kontrolle der Luesbehandlung, die sich an die Ausführungen von F. Plant. (Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. Ref. 17. H. 5. p. 385.) anlehnen

Kurt Wiener (Breslau).

Löwy, Julius. Über die reduzierenden Substanzen des Liquor cerebrospinalis. Zeitschr. f. klin. Med. Bd. LXXXIII. p. 289. 1916.

Der Zuckergehalt des Blutes ist bei demselben Patienten immer höher als der der Lumbalflüssigkeit. Bei chronischen Erkrankungen des Zentralnervensystems schwankt der Zuckerwert zwischen 0,08 bis 0,1%. Ein Teil des vorhandenen Zuckers ist wahrscheinlich direkt auf entzündliche Prozesse im Zentralnervensystem zurückzuführen. Bei starker Hyperglykämie ist auch der Zuckergehalt des Liquor erhöht. Aceton und Atcetessigsäure gehen in den Liquor über. Ein glykolytischer Prozeß ist nicht nachweisbar.

Kurt Wiener (Breslau).

Pappenheim, Martin. Über Druckmessung bei der Lumbalpunktion. Med. Klin. 1918. Nr. 45. p. 1111.

Pappenheim rät bei Lumbalpunktionen auch die Druckmessung vorzunehmen. Er gibt genau die dazu erforderliche Technik an.

Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Amstad, R. Über die Bedeutung und Notwendigkeit der Lumbalpunktion bei Syphilitikern. Schweizerische Rundschau für Medizin 1919. Nr. 24. p. 473.

Verf. hat das Material der dermatologischen Klinik in Bern auf das Verhalten des Liquors bei Syphilitikern untersucht und gefunden, daß schon im ersten Stadium der Lues bei 9 von 57 Patienten eine



leichte Pleocytose und Opalescenz nachweisbar waren. Die Wa.R. war negativ, während sie im Blutserum zum Teil partiell, zum Teil ganz positiv war. Im II. Stadium fanden sich bei 59% der Fälle Veränderungen im Liquor. In 47% der Fälle gingen gleichzeitig klinische Erscheinungen von seiten des Nervensystems einher. Im III. Stadium zeigten nur noch 22% und im Latenzstadium 9% positive Resultate. Bei Tabes war die Wa.R. im Liquor stets positiv.

Verf. betont die absolute Notwendigkeit der Liquoruntersuchungen bei Lues. Es dürfe kein Luetiker aus der Behandlung entlassen werden, bevor diese Untersuchung gemacht worden sei. Erst wenn alle 4 Reaktionen negativ sind und es bei wiederholter Untersuchung bleiben, dürfe eine Lues als geheilt angesehen werden.

Max Winkler (Luzern).

Halbey. Die Torday-Wienersche Reaktion (Gold-Cyan-Aldehyd-Essigsäurereaktion) und ihre Bedeutung für die Diagnose der Syphilis. Med. Klin. 1917. Nr. 5. p. 128.

Nach Mitteilung der Technik der obengenannten Reaktion und der Mitteilung der eigenen Ergebnisse kommt der Verf. zu dem vorläufigen Schlusse, daß die Ergebnisse in der Höhe von 80% Übereinstimmung mit der Wassermannreaktion wohl berechtigen, die Methoden an sich nicht ganz zu verwerfen, daß aber zu einem abschließenden Urteil das Ergebnis weiterer Untersuchungen abzuwarten ist. Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Fehsenfeld. Erfahrungen mit der Langeschen Goldreaktion. Med. Klin. 1918. Nr. 23. p. 570.

Nach genauer Darstellung der Technik der Langeschen Goldreaktion berichtet Fehsenfeld über ihre Bedeutung. Sie erwies sich von ganz besonderem Werte bei diagnostisch unklaren Erkrankungen, wo ein Verdacht auf Paralyse oder Hirnlues nicht unbegründet war. In einer ganzen Reihe von Fällen brachte „der negative Ausfall“ der Goldreaktion die Gewißheit, daß eine Paralyse oder ein luetischer Prozeß nicht bestehen konnte, was durch den Ausfall der anderen Reaktionen dann gestützt wurde. Andrerseits wurde durch einen positiven Ausfall der Goldreaktion mit totaler Ausflockung die klinisch unsichere Diagnose auf Paralyse oder Hirnlues gesichert, was dann ebenfalls durch die anderen Methoden, insbesondere die Wa.R., bestätigt wurde.

Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Worms, Werner. Experimentelle Beiträge zur spezifischen Immunodiagnostik der Syphilis (Kutireaktion und Komplementbindung). Zeitschr. f. Immunitätsf. Bd. XXIX. H. 3/4.

Paralleluntersuchungen von Patientenseren mit der Wassermannschen Reaktion 1. mit Antigenen aus Luesorganen und 2. mit in gleicher Weise extrahierten polyvalenten Spirochäten-Kultur-

antigenen. Bei 100 Seren 87 mal Übereinstimmung, bei 13 Fällen Abweichung, wobei sich u. a. gezeigt hat, daß bei Ermittlung der klinischen Daten das Ergebnis eher zugunsten der Resultate der Kulturextrakte ausfiel. Marg. Stern (Breslau).

Mandelbaum. Eine neue Verfeinerung der Wassermannschen Reaktion. Münch. med. Wochenschr. 1918. Nr. 11. p. 294.

Die Inaktivierung der für die Wassermannsche Reaktion zu verwendenden Sera soll nicht in konzentrierter Form erfolgen, sondern in einer Mischung von 0,5 ccm Serum + 2 ccm physiol. Kochsalzlösung, so daß 0,5 ccm dieser Mischung 0,1 ccm Serum enthalten. Dadurch wird die Eigenhemmung ausgeschalten.

Alfred Perutz (Wien).

Hatziwassiliu. Eine neue Verfeinerung der Wassermannschen Reaktion. Münch. med. Wochenschr. 1918. Nr. 29. p. 795.

Die Mandelbaumsche Verfeinerung gibt manchmal dort Lösung, wo der Original-Wassermann Hemmung ergibt. Sie gibt aber auch Hemmungen, was in Widerspruch zu Mandelbaums Angaben steht. Sie gibt keine positiven Resultate, wo die Original-Wassermannsche Reaktion negativ ausfiel. Alfred Perutz (Wien).

Selter. Zur Methodik der Wassermannschen Reaktion und die Frage ihrer Zuverlässigkeit. Münch. med. Wochenschr. 1918. Nr. 29. p. 788.

Im Original nachzulesen. Alfred Perutz (Wien).

Zieler. Zur Frage der Zuverlässigkeit der Wassermannschen Reaktion. Münch. med. Wochenschr. 1918. Nr. 34/35.

Zielers Untersuchungen ergeben, daß die von verschiedenen Seiten gegen die Zuverlässigkeit der Wa.R. erhobenen Vorwürfe nur zum Teil begründet sind. Komplement-, ebenso Extrakt- und Serumverschiedenheiten bedingen gelegentlich irreführende, mitunter „falsche" Resultate. Deshalb ist eine Auswertung der in Versuche verwendeten Reagenzien gegeneinander notwendig. Von den Methoden der Komplementauswertung scheint die von Kaup angegebene am meisten den Ansprüchen zu genügen.

Alfred Perutz (Wien).

Kraemer. Über positiven Wassermann im Liquor bei nichtluetischer Meningitis. Münch. med. Wochenschr. 1918. Nr. 41. p. 1131.

Bei je einem Fall von Meningokokken- und tuberkulöser Meningitis wurde im Liquor positiver Wassermann beobachtet. Für Lues ergab sich in beiden Fällen keinerlei Anhalt, in dem einen auch autoptisch nicht. Alfred Perutz (Wien).

Plaut. Über positiven Wassermann im Liquor bei nichtluetischer Meningitis. Bemerkungen zu dem Artikel



von C. Kraemer. Münch. med. Wochenschr. 1918. Nr. 41. Münch. med. Wochenschr. 1918. Nr. 45. p. 1247.

Es geht nicht an, die Meningitis eines Syphilitikers aus dem Grunde als syphilitisch zu bezeichnen, weil die Wassermannsche Reaktion im Liquor positiv ausfällt. Alfred Perutz (Wien).

Cornaz, G. Über Irrtümer in der Interpretation der Wassermannreaktion. Korrespondenzblatt für Schweizer Ärzte 1919. Nr. 30. p. 1124.

Nachdem Verf. einige nicht luetische Affektionen erwähnt, bei denen die Wa.R. positiv ausfallen kann wie Lepra, Scharlach, Malaria. Framboesia, Recurrensfieber, ja in vereinzelten Fällen selbst Grippe, berichtet er über 49 nicht luetische Affektionen, bei denen die Wa.R. negativ ausfiel, also 100% negative Reaktionen, die in einem eklatanten Gegensatz zu den Ergebnissen von Nicola und Gaté mit ihren 39% positiven Reaktion bei nicht Luetischen stehen.

Verf. geht dann über auf einige Fälle von manifesten oder auf Lues verdächtigen Fällen, bei denen die Reaktion zuerst negativ, nach Injektion von Neosalvarsan aber positiv ausfiel. In einem Falle von Tabes wurde die Reaktion im Lumbalsekret erst positiv nach Neosalvarsan-Applikation, während das Blut negati vblieb. Cornaz schließt mit der Bemerkung, daß, wenn die Wa.R. auch nicht spezifisch sei, sie doch einen hohen Wert habe. Stets positiv, sei sie für Lues beweisend, falle sie negativ aus, so beweise das nichts, könne aber bei zweifelhaften Fällen positiv gemacht werden durch die sog. Reaktivation, die in keinem Falle zu vernachlässigen sei. Manche verkannte Lues könne so entdeckt werden. Max Winkler (Luzern).

Kallos, I. Beiträge zur Kenntnis der Wassermannschen Reaktion. Wiener klin. Wochenschr. 1918. Nr. 42.

Dem Autor fiel die Tatsache auf, daß das in seinem Äußern sonst gar nicht veränderte Serum von einem Tag auf den andern einer beträchtlichen Säurequantumserhöhung ausgesetzt ist. Aus den Untersuchungen ging hervor, daß zwischen der Wassermannschen Reaktion und der mit Milchsäure vorgenommenen Globulinausscheidung ein auffallender Parallelismus besteht. Ein entschiedener Zusammenhang scheint zwischen dem hohen Säuregehalt des Serums und dem des Selbstbindens zu sein. Es ist deshalb wünschenswert, vor Prüfung des Blutserums dessen Säuregehalt festzustellen und im Falle eines hohen Säuregehaltes bis zum folgenden Tage zu warten. Die Versuche des Autors begründen stark die Annahme, daß der in der Wa.R. ablaufende Vorgang nichts anderes ist als ein Globulinausschlag. Das Globulin ist in jedem Serum zu finden, nur ist dessen Verhalten gegenüber den in der Wassermannschen Reaktion vorkommenden Stoffen in dem syphilitischen Serum ein anderes als in sonstigen Seren, d. h. dasselbe hängt vom genauen Austitrieren der verwendeten Reagenzien ab.

Viktor Bandler (Prag).



Kaufmann, Wilhelm v. Beiträge zur Kenntnis der Wassermannschen Reaktion. Med. Klin. 1918. Nr. 25. p. 607.

Der erste Teil der Arbeit v. Kaufmanns beschäftigt sich mit den Erfahrungen über die zentralisierte Kontrolle der zur Wassermannschen Reaktion nötigen Reagenzien. Veranlassung für diese Untersuchungen war die Veröffentlichung über entgegengesetzte Resultate bei an verschiedenen Stellen angestellter Wassermannreaktion. Die Resultate v. Kaufmanns stammen aus dem Kaiser-Wilhelm-Institut für experimentelle Therapie, welches unter der Leitung v. Wassermanns steht. v. Kaufmann stellt im ersten Teile seiner Arbeit die Hauptfehlerquellen bei Anstellung der Reaktion zusammen.

A) Was das menschliche Serum betrifft, so sind die Ansichten über die Haltbarkeit und die beste Versendungsart des Patientenserums geteilt. Nach den Erfahrungen am Kaiser-Wilhelm-Institut schützt die Versendung mit Blutkuchen das Serum sicherer vor Infektion, so daß sich diese Art der Versendung für kurze Transporte empfiehlt. Bei längerer Transportdauer treten aber Schädigungen des Serums anderer Art auf (Auslaugen der Blutkörperchen usw.), die die Forderung nach vorheriger Trennung von Blutkuchen und Inaktivieren dringend machen. Es ist auch vom Versender anzugeben, ob das Serum inaktiviert wurde oder nicht. B) Der Verdünnung des Extraktes ist ganz besondere Aufmerksamkeit zu schenken. Es hängt ganz von dem jeweilig angewandten Extrakte ab, ob der Extrakt während der Verdünnung geschüttelt werden muß oder nicht, ob die Verdünnung langsam oder schnell erfolgen soll. C) Dieser Abschnitt behandelt die Herstellung des hämolytischen Amboceptors. Die Forderung nach sehr hohen Amboceptoren ist überflüssig. Amboceptoren, die im Durchschnitt bis zu 1: 1500 oder 1: 2000 lösen, sind für die Reaktion völlig ausreichend. Eine staatliche Kontrolle der Amboceptoren ist dringend zu fordern. D) Komplement. Es kann nicht genügend betont werden, daß das verwandte Komplement täglich vor dem Versuche frisch entnommen wird und nach dem Zentrifugieren vollkommen klar ist. Die Abschnitte E, F, G behandeln die roten Hammelblutkörperchen, die zur Anstellung des Versuches benötigten Utensilien, den Vorversuch und Hauptversuch. Auch diese Abschnitte gehen auf technisch unerläßliche Bedingungen ein, die überall dort, wo die Reaktion angestellt wird, sorgfältigtse Berücksichtigung erfordern.

Der zweite Teil der Arbeit geht auf die Möglichkeiten ein, die Empfindlichkeit der Wassermannschen Reaktion zu steigern. Es wurde das von Kaup angegebene Verfahren nachgeprüft. Die Spezifität der Kaupschen Modifikation ist zu bejahen, doch ist die von Kaup verlangte Titrierung des Komplementes alleine doch nicht imstande, die den Antigenen innewohnenden



biologischen Verschiedenheiten völlig auszugleichen; vielmehr muß, um einen gleichmäßigen Ausfall der Reaktion zu erhalten, auch die Extraktqualität berücksichtigt werden. Versuche mit verschiedenen Extrakten ergaben, daß diejenigen Extrakte, die absichtlich stärker eingestellt waren und erheblich mehr positive Resultate ergaben, als die Extrakte des Kaiser-Wilhelm-Institutes, auch dieselben waren, die sich nicht absolut spezifisch erweisen anderen Infektionskrankheiten gegenüber. Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Keresztes, M. Die Modifikation der Wassermannschen Originalmethode nach Kaup. Wiener klin. Woch. 1918. Nr. 40.

Die Modifikation, welche die Auswertung des Komplements und die Anwendung des Komplementminimums benützt, um nichtspezifischen Bindungen aus dem Wege zu gehen, wurde vom Autor nachgeprüft und als beträchtlich empfindlicher befunden.

Viktor Bandler (Prag).

Hatziwassiliu, Gr. P. Zur Frage der Wassermannschen Reaktion. Deutsche med. Wochenschr. 1919. Nr. 22.

Der Vorteil der Kaupschen Modifikation besteht nach Hatziwassilius Nachprüfung in der Ausfiltrierung des Komplements. Dadurch wird das inkonstanteste Agens der Wa.R. verbessert und auch die Hämolyse, welche trotz Komplementüberschusses früher nicht zu verhüten war, vermieden. Die Kaupsche Methode erwies sich spezifisch für Lues und bewährte sich auch in Fällen, wo die Wa.R. versagte. Die kleinsten Reste von Luesreaginen im Blute konnten festgestellt werden. Max Joseph (Berlin).

Stern, Marg. und *Danziger*, Hel. Zur Technik der Kaupschen Methodik der Wassermannschen Reaktion. Zeitschr. f. Immunitätsforsch. Orig.-Bnd. XXVIII. Nr. 6.

Die Kaupsche Methodik wird nach dem heutigen Stand der Serologie theoretisch allen Anforderungen gerecht. Die Methodik, die in ihrem Aufbau die Sicherheit im Arbeiten erhöht, ist, nach den Untersuchungen K.s, der Originalmethode an Spezifität und Schärfe überlegen, der an der Breslauer serologischen Abteilung angewendeten Technik nach jeder Richtung gleichwertig. — Die von K. ausschließlich angewendeten spezifischen Extrakte sind durch geeignete Menschenherzextrakte ersetzbar. Ob die Verwendung eines einzigen Extraktes bei der Untersuchung, wie K. annimmt, eine genügende Sicherheit der Resultate gewährleistet, müssen große Versuchsreihen entscheiden. Autoreferat. Marg. Stern (Breslau).

Sachs, H. und *Georgi*, W. Zur Serodiagnostik der Syphilis mittels Ausflockung durch cholesterinierte Extrakte. Med. Klin. 1918. Nr. 33. p. 805.

Sachs und Georgi kommen auf Grund ihrer Versuche zu dem Ergebnisse, daß die von ihnen angegebene einfache Methodik der Ausflockungsreaktion, welche in dem Mischen von menschlichen



Blutserum mit geeignet hergestellten Verdünnungen cholesterinierter Extrakte unter Beurteilung auf Ausflockung im Agglutinoskop besteht, bei 94,9% der untersuchten 2770 größtenteils luesverdächtigen Serumproben Übereinstimmung mit der Wassermannschen Reaktion ergab. In 5,06% der Fälle bestanden Differenzen, in 3,18% der Fälle war die Ausflockung, in 1,88% der Fälle war die Wassermannsche Reaktion stärker oder allein positiv.

Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Sachs, Prof. H. und *Georgi*, Dr. W. „Beiträge zur Serodiagnostik der Syphilis mittels Ausflockung durch cholesterinierte Extrakte. Arb. aus dem Institut für experimentelle Therapie und dem Georg-Speier-Hause zu Frankfurt a. M. 1920. Heft 10. p. 4.

Da die Komplementinaktivierung bereits in den Anfangsstadien eines Vorganges sich abspielen könnte, der u. a. später zur Ausflockung führen kann, so wäre eine geringere Empfindlichkeit der Ausflockung gegenüber der Wassermannschen Reaktion begreiflich. Um für die Diagnose durch Ausflockung die genügende Empfindlichkeit zu schaffen, ist eine Vergröberung der Komplexe — mittels Cholesterinzusatz — erforderlich.

Reagieren aktive syphilitische Sera unspezifisch weniger stark als inaktivierte, so entspricht dies der hemmenden Wirkung aktiven Meerschweinchenserums bei der Wassermannschen Reaktion bes. in der Kälte oder bei kurzfristiger Beobachtung.

92,44% der Reaktionen stimmen mit der Wa.R. im Ergebnis überein. Kritik der Literatur. 2 Methoden: 1. 2 Stunden Brutschrank, dann Zimmertemperatur (höhere Empfindlichkeit, Gefahr uncharakteristischer Reaktionen); 2. 18—20 Stunden Brutschrank (geringere Empfindlichkeit, Ausschluß uncharakteristischer Reaktionen). Hans Biberstein (Breslau).

Sachs, H. Zur Frage der Brauchbarkeit cholesterinierter Organextrakte für die Serodiagnostik der Syphilis. Deutsche med. Wochenschr. 1920. Nr. 3.

Sachs betont, daß die wirklich brauchbar hergestellten und erprobten cholesterinierten Extrakte nicht eigenhemmend seien, sondern vielmehr ein für die Wa.R. charakteristisches Gepräge zeigten. Ist das Verhalten nicht spezifisch, so trägt daran entweder die Beschaffenheit des Rohextraktes oder eine übermäßige Cholesterinierung, aber keineswegs der Cholesterinzusatz an sich die Schuld. Der Cholesterinzusatz verbessert das biologische Wesen des Extraktes und ermöglicht bei der Ausflockungsreaktion den Nachweis der Reaktionsfähigkeit mit dem menschlichen Blutserum. Verf. sieht nach seinen Erfahrungen in der Cholesterinierung der Extrakte ein praktisch ungefährliches, die biologische Reaktionsfähigkeit bei der Serodiagnose der Syphilis erheblich steigerndes Verfahren.

Max Joseph (Berlin).



Meinicke. Zur Methodik der serologischen Luesdiagnostik. Münch. med. Wochenschr. 1918. Nr. 49. p. 1379.

Genaue Beschreibung der Technik der Meinickeschen Reaktion, die eine wertvolle Kontrolle der Wassermannschen Reaktion darstellt. Näheres im Original. Alfred Perutz (Wien).

Meinicke, E. Die Fällungsreaktionen zur Syphilisdiagnose nach Meinicke und nach Sachs und Georgi. Deutsche med. Wochenschr. 1919. Nr. 12.

Auf das ungünstige Urteil Reichs über die M.R. erwidert Meinicke, daß diesem technischen Fehler unterlaufen sein müßten. Das System sei so einzustellen, daß alle Sera primär gut ausgeflockt werden, und gerade die mögliche Kontrolle des Systems an der primären Flockung stelle den Vorteil der zweiteiligen Methodik dar.
Max Joseph (Berlin).

Meinicke, E. Zur Technik meiner Luesreaktion. Deutsche med. Wochenschr. 1919. Nr. 24.

Zur bequemeren Verdünnungstechnik empfiehlt Meinicke zum alkoholischen für die M.R. geeigneten Extrakt die halbe Menge destillierten Wassers zu geben, gut zu mischen und bei Zimmertemperatur 1–2 Stunden stehenzulassen. Nach der eintretenden Trübung wird der Mischung siebenmal mehr destilliertes Wasser zugefügt als ursprünglich Extrakt genommen wurde. Der gebrauchsfertige Extrakt besteht dann aus 1:8,5. Die zweite Wasserdosis muß schnell zugegeben werden, da sich bei langsamem Wasserzusetzen die Trübung aufhellt. Max Joseph (Berlin).

Meinicke, E. Eine neue Immunitätsreaktion. Deutsche med. Wochenschr. 1919. Nr. 30.

Die neue Immunitätsreaktion, welche Meinicke fand, ist eine einseitige Globulinflockungsreaktion im kochsalzhaltigen Medium, ähnlich der Sachs-Georgischen und der dritten Modifikation der M.R. Die Methode ist folgende: Alkoholischer Pferdeherzextrakt wird mit der halben Menge destillierten Wassers gemischt und steht eine Stunde, wobei sich die Flüssigkeit trübt. Siebenmal soviel Kochsalzlösung als Extrakt wird zugesetzt, gut gemischt, die Extraktverdünnung bleibt einen Tag stehen. Die Kochsalzverdünnung sei etwa 0,6 proz.; zu je 0,2 ccm des inaktivierten Pferdeserums gebe man 1 ccm des verdünnten Extrakts in einem Röhrchen unter Hinzufügung von Rotzbacillenantigen. Enthält das untersuchte Serum Rotzantikörper, so flockt das Rotzbacillenantigen aus, das Kontrollröhrchen ohne Antigen nicht, normale Sera ebenfalls nicht. Die spezifische Reaktion zwischen Rotzantigen und Rotzantikörpern wird also in der Weise sichtbar, daß der positive Versuch ausflockt.
Max Joseph (Berlin).

Meinicke, E. Zum Nachweis der Syphilis durch Ausflockungsreaktionen. Deutsche med. Wochenschr. 1920. Nr. 1.

Meinicke unterscheidet 3 Flockungstypen. Bei dem ersten



zeigte sich der Ausfall der Reaktion wesentlich unabhängig von den gewählten Extraktmengen. So reagierten die meisten positiven Sera. Der zweite Typus ließ eine frühe und starke Behinderung der Flockung durch relativ große Extraktmengen erkennen. Einmal sah Verf. das Optimum des Serums schon bei 0,2 ccm Extrakt und bei 0,5 ccm kaum noch eine Ausflockung; dies betraf einen lange behandelten, schwach positiven Fall. Eine dritte Gruppe, sichere Luetiker, hatte sein Flockungsoptimum bei hohen Extraktmengen. Die Sera vom 2. und 3. Typ können in vorschriftsmäßig mit 0,2 ccm Serum und 0,8 ccm Extrakt angesetzter D.M. fälschlich als negativ erscheinen. Verf. nimmt ein Durchschnittsoptimum der Mengenverhältnisse von Serum und Extrakt an. Bleiben positive Sera, deren Flockungsoptimum weit von diesem Durchschnittswerte abliegt, gelegentlich ungeflockt und entgehen dem Nachweis, so läßt sich diese Fehlerquelle durch Reihenversuche mit verschiedenen Extraktmengen vermeiden. Max Joseph (Berlin).

Meinicke, E. Die Lipoidbindungsreaktion. 3. Mitteilung. Zeitschr. f. Immunitätsforsch. Bd. XXIX. H. 3/4.

Alle drei Formen der Lipoidbindungsmethode haben sich zu Immunitätsreaktionen ausgestalten lassen. Die Lipoidbindungsreaktion hat damit eine einheitliche breite experimentelle Grundlage erhalten und umfaßt jetzt ein in sich geschlossenes selbständiges Gebiet der serologischen Forschung.

Für die Luesdiagnose praktisch brauchbar sind die zweizeitige M.R. und die einzeitige D.M.

Als Immunitätsreaktion läßt sich zu praktischen Zwecken nur die zweizeitige Versuchsanordnung der Globulinlösung verwenden.

Marg. Stern (Breslau).

Joel, M. Zur Theorie der Meinickeschen Reaktion. Zeitschr. f. Immunitätsforsch. Bd. XXIX. H. 3/4.

Die Frage der praktischen Brauchbarkeit der Meinickeschen Reaktion ist in erster Linie eine Frage der Extraktbeschaffenheit.

Eine Identität der Reaktionskörper bei der Wassermannschen Reaktion und der Meinickeschen Reaktion ist zwar anzunehmen, aber wohl durch Komplementbindungsversuche mit den Niederschlägen nicht strikte zu beweisen.

Die Dunkelfelduntersuchungen sprechen zugunsten der von Meinicke verlassenen Anschauung, daß die Bildung der Flockung auf einer Vereinigung der reaktionsfähigen Eiweißkörper des Luesserums mit den Extraktlipoiden beruhe und gegen die von ihm neu gegebene Auffassung, daß sich in den Niederschlägen nur Serumglobuline fänden, denen durch den Extrakt das anhaftende, die Löslichkeit vermittelnde, Kochsalz entzogen ist.

Marg. Stern (Breslau).



Neukirch, P. Beiträge zur Kenntnis der Wassermannschen Reaktion und ihrer Beziehung zur Ausflockung. Zeitschr. f. Immunitätsforsch. Bd. XXIX. H. 3/4.

Bei Temperaturerniedrigung erfährt das unspezifische Verhalten bei der Ausflockung eine Zunahme.

Aktives Meerschweinchenserum übt auf die durch das Zusammenwirken von Organextrakt und Patientenserum entstandenen Präzipitate eine auflösende Wirkung aus, die in der Kälte ausbleibt.

Beim Digerieren von Extrakt und Patientenserum bei der Wassermannschen Reaktion nimmt die antikomplimentäre Wirkung um so mehr ab, je später der Komplementzusatz erfolgt und je höher die Temperatur ist, bei der Extrakt und Patientenserum zusammenwirken. Die Wassermannsche Reaktion ist demnach am stärksten, wenn, wie üblich, Extrakt, Patientenserum und Komplement sofort miteinander gemischt werden.

Für den Komplementschwund bei der Wassermannschen Reaktion ist nicht das sichtbar gewordene Präzipitat, sondern ein bestimmter Grad der Globulinveränderung, gewissermaßen in statu nascendi, bzw. die erste Phase des Zusammenwirkens zwischen Serum und Extrakt maßgebend.

Verhältnismäßig geringe Schwankungen des Kochsalzgehaltes bei der Wassermannschen Reaktion können von merklichem Einfluß sein, wahrscheinlich auf das Komplement an sich. Man wird daher in praktischer Hinsicht die Bedeutung der Verwendung gleichmäßig konzentrierter Kochsalzlösung nicht unterschätzen dürfen.

Marg. Stern (Breslau).

Neukirch, P. Über eine Ausbaumöglichkeit der Sachs-Georgischen Ausflockungsreaktion. Med. Klin. 1920. Nr. 3. p. 71.

Neukirch machte Versuche, die zur Ausflockung zu verwendenden Seren durch Behandlung mit Adsorbenzien von möglichst viel Eiweißkörpern zu befreien, die mit der Reaktion nichts zu tun haben, aber als Schutzkolloide hemmend auf die Ausflockung wirkten, ohne daß spezifisch flockende Bestandteile den Seren entzogen würden. In dieser Beziehung bewährte sich ihm der „geglühte Kieselgur“ von Kahlbaum. Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Messerschmidt, Th. Vergleichende Untersuchungen zwischen den Reaktionen nach Sachs-Georgi und nach Wassermann. Deutsche med. Wochenschr. 1920. Nr. 6.

In 85,1% fand Messerschmidt die Ergebnisse bei Wa.R. und Sachs-Georgi-Reaktion übereinstimmend, ohne aber die Qualität der Reaktionen zu berücksichtigen. In 6% der Untersuchungen gab die S.-G.-Reaktion, in der gleichen Zahl etwa die Wa.R. richtigere positive Befunde, so daß Verf. beide Methoden gleichwertig nebeneinander verwendet. Max Joseph (Berlin).



Lipp, Hans. Zur Serodiagnostik der Syphilis mittels Ausflockung durch cholesterinierte Extrakte nach Prof. H. Sachs und Dr. W. Georgi. Med. Klin. 1918. Nr. 50. p. 1235.

Nach den Prüfungen von Lipp ist die Sachs-Georgische „Ersatzreaktion“ der Wa.R. vollkommen gleichwertig, übertrifft sämtliche bisher veröffentlichten Wassermannreaktion-Modifikationen und -Ersatzreaktionen an Einfachheit der Technik und spornt zu weiteren Untersuchungen an. Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Weichard, W. und *Schrader*, E. Über die Serodiagnostik der Syphilis mittels Ausflockung durch cholesterinierte Extrakte. Med. Klin. 1919. Nr. 6. p. 139.

Weichardt und Schrader kommen bei Nachprüfung der Sachs-Georgischen Fällungsreaktion zu folgenden Schlüssen: 1. Die Fällungsreaktion kann in der von Sachs und Georgi ausgearbeiteten Form zur Syphilisdiagnose in praktisch-diagnostischen Laboratorien herangezogen werden. In den Fällen, in denen sie nicht deutlich stark positiv ausfällt, ist bis auf weiteres die Wassermannssche Reaktion noch heranzuziehen. 2. Bei diesem Vorgehen kann unter den derzeitigen schwierigen Verhältnissen in mindestens 32% der Fälle die Wassermannsche Untersuchung erspart werden. 3. Es wird hierbei in 4,5% der Fälle noch ein positives Resultat erreicht, welches verlorengeht, wenn die Wassermannsche Reaktion allein ausgeführt wird. 4. Wünschenswert wäre die Verwendung eines einheitlich an zentraler Stelle geprüften cholesterinierten Extraktes. Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Meyer, Kurt. Zur Serodiagnostik der Syphilis mittels der Sachs-Georgischen Flockungsmethode. Med. Klin. 1919. Nr. 12. p. 262.

Meyers Nachprüfung der Sachs-Georgichen Methode ergab für die Verwendbarkeit dieser Methode sehr günstige Resultate. Hat die Extraktverdünnung die optimale Beschaffenheit, so dürfte die Spezifität der Reaktion für Lues der der Wassermannschen Reaktion gleichkommen, ihre Empfindlichkeit nur unwesentlich zurückstehen. Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Konitzer, P. Die Bedeutung der Ausflockungsmethoden nach Meinicke und Sachs-Georgie für die Serodiagnostik der Syphilis. Med. Klin. 1919. Nr. 15. p. 338.

Konitzers Ausführungen gipfeln in folgenden Schlußsätzen: 1. Eine der beiden Ausflockungsreaktionen (M.R., S.-G.R.) allein kann die Wa.R. ersetzen. 2. Beide Methoden haben sich wegen ihrer leichten Handhabung und der Zuverlässigkeit — die S.-G.R. allerdings mit geringen Einschränkungen — aufs beste bewährt. Es bestehen bei unseren Versuchen 86% Übereinstimmung zwischen Wa.R. und S.-G.R. und etwa 88% Übereinstimmung zwischen Wa.R. und M.R. 3. Beide Ausflockungsmethoden sind für Lues charakteristisch und ergänzen sich gut. Es kann deshalb eine dauernde gleich-



zeitige Verwendung der M.R. und S.-G.R. neben der Wa.R. nur gewünscht werden oder ihre Anstellung wenigstens in den Fällen gefordert werden, in denen die Wa.R. zweifelhaft ist oder mit dem klinischen Befunde nicht übereinstimmt. 4. Die Einfachheit der Technik bei der M.R. und S.-G.R. ermöglichen auch ihre Ausführung ohne Zuziehung eines besonders ausgestatteten serologischen Laboratoriums durch den praktischen Arzt selbst. Doch ist bei Divergenz mit der klinischen Diagnose und in Fällen, in denen die beiden Fällungsreaktionen aus technischen Gründen versagen, das Material einer Untersuchungstelle zur Ausführung der Wa.R. einzusenden.

Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Schroeder, Heinrich. Über Ergebnisse der Ausflockungsreaktion nach Meinicke und Sachs-Georgi für die serologische Luesdiagnostik. Med. Klin. 1919. Nr. 22. p. 515.

Schroeder, der sich zunächst mit der Meinickeschen Methode beschäftigte, diese aber aufgab und dann die Sachs-Georgische prüfte, kommt betreffs dieser letzteren zu folgenden Schlüssen: 1. Die Ausflockungsreaktion nach Sachs und Georgi erwies sich zur Anwendung neben der Wa.R. in der Serodiagnostik der Syphilis bei Blut- und Liquorproben als recht brauchbar. 2. Bei einer ganzen Anzahl von Fällen (66 unter 552) konnte aus der vorliegenden Anamnese und späteren Wassermann-Nachprüfung festgestellt werden, daß die Fällungsreaktion früher auftrat als die Wa.R., bzw. noch nach dem Verschwinden der Wa.R. sichtbar war.

Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Blumenthal, G. Erfahrungen mit der Meinicke- und der Sachs-Georgi-Reaktion. Med. Klin. 1919. Nr. 32. p. 772.

Blumenthal faßt seine Erfahrungen folgendermaßen zusammen: Die Meinicke- und die Sachs-Georgi-Reaktion bedeuten im Vergleich zu den bis dahin vorgeschlagenen Flockungsmethoden zweifellos einen großen Fortschritt. Sie sind aber in ihrer jetzigen Versuchsanordnung wegen der großen Zahl der unspezifischen positiven wie negativen Befunde als selbständige Methoden für die praktische Luesdiagnose noch nicht geeignet, zumal bei beiden Methoden die Extraktfrage nicht völlig gelöst ist.

Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Lesser, Fritz. Zum serologischen Luesnachweis mittels Ausflockung. Eine Modifikation der Meinicke-Reaktion. Med. Klin. 1919. Nr. 34. p. 822.

Lesser hat die Meinickesche Ausflockungsreaktion einfacher gestaltet und beschreibt diese seine Modifikation genau. Bezüglich der Technik sei auf das Original verwiesen.

Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Eicke, H. Vergleichende Untersuchungen zwischen der Wassermannschen Reaktion im Liquor und den



Flockungsmethoden nach Hermann-Perutz und Sachs-Georgi. Med. Klin. 1919. Nr. 52. p. 1314.

Nach den Prüfungen von Eicke gibt die Reaktion nach Sachs-Georgi im Liquor für Syphilis durchaus charakteristische Ausschläge, steht aber an Empfindlichkeit der Wassermannschen Reaktion nach. Die Reaktion nach Hermann-Perutz kommt als Ersatz nicht in Betracht. Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Kobrak, F. Zur Frage der Zuverlässigkeit der serologischen und neurologischen Frühdiagnose der Syphilis. Med. Klin. 1920. Nr. 7. p. 183.

Kobrak hat durch seine Untersuchungen über die Erregbarkeit des Nervus oktavus bei Syphilis gezeigt (Beiträge f. Anat., Physiol., Pathol. u. Ther. d. Ohres, d. Nase, d. Halses Bd. XIV), daß eine kleine Anzahl von Fällen schon funktionelle Veränderungen des Nerven — ohne subjektive Beschwerden aufweist, während die Wassermannsche Reaktion noch keinen positiven Ausfall ergibt. Es wäre auch die Sachs-Georgische Reaktion in dieser Hinsicht zu prüfen und die Zuverlässigkeit einer Abortivkur abhängig zu machen sowohl von den beiden Reaktionen wie von der funktionellen Intaktheit des Nervus oktavus. Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Stilling, Erwin. Zur Frage der Spezifität beim serologischen Luesnachweis mittels Ausflockung nach Sachs und Georgi. Med. Klin. 1920. Nr. 2. p. 43.

Wie Stilling auf Grund seiner Versuche und Erwägungen hervorhebt, sind die bei der Wa.R. und bei der Ausflockungsmethode eintretenden primären Vorgänge nicht wesensverschieden. Beiden Reaktionen liegen Globulinveränderungen zugrunde. Bei der Wassermannschen Reaktion sind aber die ersten Stadien der Globulinveränderung das Wesentliche, während man bei der Ausflockungsmethode den Vorgang über diese Phase hinaustreiben muß, um ihn zu sichtbarer Darstellung zu bringen. Das geeignete Mittel hierzu ist die Cholesterinierung der Extrakte. Stilling ist der Ansicht, daß geeignete cholesterinierte und geprüfte Extrakte unter Verwendung der Brutschrankmethode bei der Ausflockung in hinreichendem Maße für Lues charakteristisch reagieren.

Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Merzweiler, K. Kann die Sachs-Georgi- und Meinicke-Reaktion die Wassermann-Reaktion in jedem Fall ersetzen? Deutsche med. Wochenschr. 1919. Nr. 46.

Merzweilers Untersuchungen über die Gleichartigkeit der 3 Methoden ergaben, daß der positive Ausfall der S.-G.R. spezifisch für Lues war und bei den verschiedensten andern Erkrankungen, z. B. auch beim Ulcus molle ausblieb. Hingegen bewies der negative Ausfall ebensowenig gegen Lues wie derjenige der Wa.R. In 86% der Fälle stimmten S.-G.R. und Wa.R. überein, bei den übrigen Fällen klinischer Lues gab die S.-G.R. mehr positive Resultate als



die Wa.R. Hingegen wurde die S.-G.R. durch das Alter der Sera beeinflußt, was ihre Brauchbarkeit in kleineren Laboratorien einschränkt. Auch die Resultate der M.R. stimmten mit denen der Wa.R. in den meisten Fällen überein, doch ließen sich in 12% unspezifische Resultate nachweisen, so daß der positive Ausfall der M.R. nicht unbedingt maßgebend für Syphilis ist und man z. B. nicht die S.-G.R. durch die M.R. kontrollieren könnte. Verf. ist der Meinung, daß die Anregung eine leicht ausführbare Ausflockungsreaktion zu schaffem ein unleugbares Verdienst Meinickes sei, daß aber bis jetzt die M.R. die Wa.R. noch nicht ersetzen könne. Dagegen sei die S.-G.R. zum Ersatz der Wa.R. durchaus geeignet.

Max Joseph (Berlin).

v. Kaufmann, Wilhelm. Über das Verhalten der Sera von an „Spanischer Krankheit" Leidenden zur Meinickeschen Lipoidbildungsreaktion. Med. Klin. 1918. Nr. 33. p. 809.

v. Kaufmann fand bei der Prüfung der Spezifität der von Meinicke angegebenen Lipoidbindungsreaktion auf Lues, daß auffallend häufig auch die „Spanische Krankheit" positiv reagierte. Von 25 Fällen reagierten 16 stark und 7 schwach positiv. Die Reaktion ist überdies nicht so spezifisch, daß sie nur bei Lues und Spanischer Krankheit positiv ausfällt, vielmehr geben auch andere Infektionskrankheiten positive Ergebnisse.

Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Nathan, Ernst. Zur serologischen Diagnose der Syphilis mittels Ausflockung nach Sachs und Georgi. Med. Klin. 1918. Nr. 41. p. 1006.

Nathan hat eine Nachprüfung der von Sachs und Georgi angegebenen Ausflockungsmethode vorgenommen. Bezüglich der Technik hat er sich streng an die Angaben von Sachs und Georgi gehalten, wobei er auch besondere Sorgfalt auf die Herstellung in geeigneter Weise cholesterinierter und richtig eingestellter Extrakte legte. Die Ergebnisse der Nachprüfung waren recht gute: Die Resultate gerade bei der Serodiagnostik der Frühsyphilis waren durchaus befriedigend; bei den antisyphilitisch behandelten Fällen und der Lues latens scheint die Ausflockung der Wa.R. an Empfindlichkeit überlegen zu sein. Abgesehen von der Frage der praktischen Verwertbarkeit der Ausflockungsreaktion ist wissenschaftlich zu betonen, daß Sachs und Georgi die Konstanz der Präzipitationsvorgänge bei dem Zusammenwirken von Syphilisserum und Organextrakt in methodisch einfacher und sinnfälliger Weise erwiesen haben.

Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Wolffenstein, W. Praktische Fragen zur Sachs-Georgi-Reaktion. Berliner klin. Wochenschr. 1919. Nr. 47. p. 1100.

Zusammenfassung aus 1000 Untersuchungen:

1. „Die Extraktfrage steht zur Zeit so, daß auch sorgfältigste Einstellung der Extrakte infolge anscheinend unvermeidbarer Zu-



fälligkeiten bei der Extraktverdünnung vor fehlerhaften Resultaten nicht stützt. Es ist daher stets mit mehreren Extrakten zu arbeiten, um Fehlresultate nach Möglichkeit auszuschalten.

2. Die S.-G.R. zeigt bei Lues fast in allen Stadien früher bzw. länger als die Wa.R. an, ist ihr also bei Lues überlegen.

3. Die Zahl der unspezifischen S.-G.R. ist relativ hoch. Hieran sind vornehmlich Ulc. moll. und fieberhafte Erkrankungen beteiligt. Auch klinisch ganz Gesunde können indessen nach S.-G.R. vorübergehend positiv reagieren.

4. Diese Erfahrungen schränken die praktische Brauchbarkeit der S.-G.R. gegenüber der Wa.R. erheblich ein. Es ist zum Teil jedenfalls nicht zulässig, aus dem positiven Ausfall der S.-G.R. allein die Diagnose Lues zu stellen, selbst wenn die Reaktion sich über längere Zeit positiv erhält. Wir halten uns auch nicht für berechtigt, bei früher vorhanden gewesener, scheinbar ausgeheilter Lues aus einem positiven Ausfall der S.-G.R. therapeutische Schlüsse zu ziehen.“ Krakauer (Breslau).

Löns, M. Die Reaktionen nach Wassermann und Sachs-Georgi. Deutsche med. Wochenschr. 1919. Nr. 21.

In 540 untersuchten Fällen fand Löns die Sachs-Georgische Methode praktisch verwertbar, nur ein Versager wurde beobachtet bei frischer Lues, die Ergebnisse stimmten fast stets mit denen der Wa.R. überein. Verf. empfiehlt aber, in jedem Falle mit mehreren Extrakten zu untersuchen. Max Joseph (Berlin).

Mandelbaum. Syphilisdiagnostik mit Hilfe der Fällungsreaktion von Sachs und Georgi. Müenh. med. Wochenschr. 1918. Nr. 43. p. 1180.

Durch Modifikation der von Sachs und Georgi angegebenen Methode (Inaktivierung des verdünnten Serums) gelangte Mandelbaum zu viel günstigeren Resultaten als mit der Originalmethode. Alfred Perutz (Wien).

Fränkel. Untersuchungen mit der Flockungsreaktion nach Sachs-Georgi. Deutsche med. Wochenschr. 1919. Nr. 37.

Verf. setzte die Reaktion nach der Vorschrift von Sachs und Georgi an, ließ dieselbe 2 Stunden im Brutschrank bei 37°, über Nacht im Zimmer bei 20° C, las mit dem Agglutinoskop ab und benutzte stets eine Serum- und eine Extraktkontrolle. Nach Klärung der Flüssigkeit setzte sich das Präzipitat zu Boden und ließ sich in Flocken aufwirbeln, am deutlichsten am 2. Tage. Dann aber wurden auch unspezifische Reaktionen gesehen, die früher fehlten. Bei Zentrifugieren der Reaktion nach 2 Stunden erfolgte keine Beschleunigung der Präzipitatbildung. Die Reaktion wurde verstärkt durch HCl, gehemmt durch NaOH und durch Adsorption des Serums mit erwärmten Leukocyten. Die Resultate erwiesen sich gleichwertig denen bei der Wa.R., doch ist es ein unzweifelhafter Vorzug der Flockungsreaktion, daß sie weder Hammel-



blut noch Meerschweinchenserum verlangt. Die recht konstanten Extrakte ermöglichten eine längere Verwendung.

Max Joseph (Berlin).

Raabe, Anna. Über Parallelversuche mit Serum und Liquor nach Wassermann und Sachs-Georgi. Berl. klin. Wochenschr. 1919. Nr. 43. p. 1012.

Annähernd 2000 Versuche; darunter 1750 Parallelversuche zwischen Wa.R. und S.-G.R. Übereinstimmend positiv waren 569, wovon 519 sichere, 23 fragliche Lues, 27 andere Krankheiten betrafen. Übereinstimmend negativ waren 1005, hiervon 422 Lues lat. I oder II während oder nach der Behandlung und Tab. dors. 99 fraglicher Lues, die übrigen Fälle andere Krankheiten.

Unterschiede:

S.-G.R. schwach positiv Wa.R. —	27 mal klinisch sichere Lues; davon 4 aus anderer Behandlung. 3 mal fragliche Lues. 7 mal andere Krankheiten.
S.-G.R stark + Wa.R. —	7 mal klinisch sichere Lues; entweder Lues I; oder Lues II während und nach der Behandlung.
Wa.R. stark + S.-G.R. —	4 mal bei Lues lat. 1 mal bei P. A.

122 Fälle von Ulc. moll. ergaben: 120 mal beide Reaktionen negativ, 1 mal beide schwach positiv, 1 mal S.-G.R. schwach +, Wa.R. —.

79 mal wurde Liqu. cerebrospin. geprüft; 17 mal waren beide Reaktionen stark +; 2 mal S.-G.R. schwach +, Wa.R. +; 1 mal S.-G.R. stark +, Wa.R. —; 1 mal S.-G.R. schwach +, Wa.R. —. Also in 90% aller Untersuchungen Übereinstimmung.

Nathan und Waschbrodt fanden bei 3000 Prüfungen 94,9% Übereinstimmungen. Georgi berichtete bei 110 Liquoruntersuchungen von 99 Übereinstimmungen, wobei er mit nichtinaktiviertem Liquor arbeitete.

Also ist die S.-G.R. eine wertvolle Kontrolle der Wa.R., der gleichmäßige Ausfall beider Reaktionen gibt eine gesteigerte Sicherheit der Serodiagnostik des Lues. Ein Ersatz kann die S.-G.R. noch nicht sein, da die Zahl der Untersuchungen noch zu klein ist und insbesondere noch mehr nichtluetische Erkrankungen geprüft werden müssen zur Feststellung, wieweit die S.-G.R. für Lues spezifisch ist.

Zur Ablesung ist ein geschultes Auge nötig. Krakauer (Breslau).

Nathan und *Weichbrodt*. Zur Sero- und Liquordiagnostik syphilitischer Cerebrospinalerkrankungen mittels Ausflockung. Münch. med. Wochenschr. 1918. Nr. 46. p. 1281.

Unter 192 Serumproben verschiedener Psychosen bestand in

180 Fällen Übereinstimmung zwischen Komplementbindungs- und Ausflockungsreaktion. Klinisch handelte es sich bei den 12 different reagierenden Fällen um salvarsanbehandelte Paralysen. Unter 79 Lumbalflüssigkeiten verschiedener Psychosen bestand in 65 Fällen Übereinstimmung. Die divergenten Fälle waren salvarsanbehandelte Paralytiker. Die Ausflockungsreaktion besitzt gerade wie die Wassermannsche Reaktion ein für Syphilis charakteristisches Gepräge. Für die Lumbalflüssigkeitsuntersuchung ist die Wassermannsche Probe der Ausflockungsreaktion überlegen. Alfred Perutz (Wien).

Lesser. Meinickes Serumreaktion auf Syphilis. Münch. med. Wochenschr. 1918. Nr. 32. p. 875.

Die Meinicke-Reaktion stellt eine äußerst wertvolle Bereicherung der Serodiagnostik der Syphilis dar. Sie gibt dem geübten Untersucher durchaus zuverlässige Resultate. Alfred Perutz (Wien).

Gloor, W. Die praktische Bedeutung der Serodiagnostik der Syphilis mittels Ausflockung nach Meinicke und nach Sachs-Georgi. Schweizer med. Wochenschr. 1920. Nr. 24. p. 466.

Verf. hat im Hygiene-Institut Zürich an über 1000 Fällen die Reaktion nach Meinicke und Sachs-Georgi vergleichsweise mit der Wassermannschen Reaktion geprüft und kommt zu folgenden Resultaten: Die beiden ersteren Methoden sind bei genauer Durchführung für die Luesdiagnose verwertbar. In den Anfangsstadien der Lues fand er die Wa.R. etwas häufiger positiv, während in den Spätstadien, besonders bei behandelten Fällen die Flockungsreaktion noch positiv war bei negativer Wa.R. Dies betraf nur einige Fälle. Tuberkulose und andere Erkrankungen können evtl. eine positive Flockungsreaktion bedingen. Die Methoden dürfen also noch nicht allein verwendet werden, sondern bilden eine wertvolle Ergänzung der luetischen Serumreaktionen und eine Kontrolle der Wa.R. Bei wiedersprechenden Resultaten muß die Beurteilung vorsichtig geschehen und die Untersuchungen sind zu wiederholen.

Max Winkler (Luzern).

Stilling, E. Über die Bedeutung der Serumkonzentration beim Inaktivieren für den serologischen Luesnachweis. Arbeiten a. d. Inst. f. exp. Ther. u. d. Georg-Speyer-Hause z. Frankfurt a. M. 1920. Heft 10. p. 29.

Die Verdünnung des Serums vor dem Inaktivieren erhöht die Empfindlichkeit der Ausflockungsreaktion relativ im Sinne Mandelbaums mit der Höhe der Inaktivierungstemperatur. Dem entspricht auch das Verhalten der Wassermannschen Reaktion.

H. Biberstein (Breslau).

Neukirch, P. Über den Einfluß der Temperaturen und anderer Faktoren auf die Serumausflockung bei Syphilis. Arbeiten a. d. Inst. f. exp. Ther. u. d. Georg-Speyer-Hause z. Frankfurt a. M. 1920. Heft 10. p. 45.

Von Bedeutung sind Kochsalzgehalt, Extraktbeschaffenheit,



Temperatureinfluß. Optimum für die unspezifische Flockung ist niedriger als für die spezifische. Die unspezifischen Kälteflocken sind in der Wärme reversibel, während vorherige Wärmewirkung die unspezifische Kälteflockung verhindert. Daraus kann eine zweizeitige nur durch die Temperatur unterschiedene Versuchsmethodik gefolgert werden. H. Biberstein (Breslau).

Stilling, E. Über den Einfluß von Säure und Alkali auf die Reaktionsfähigkeit der Komponenten beim serologischen Luesnachweis mittels Ausflockung. Arbeiten a. d. Inst. f. exp. Ther. u. d. Georg-Speyer-Hause z. Frankfurt a. M. 1920. Heft 10. p. 67.

Da HCl für sich schon ausflockend wirkt, ist nicht festzustellen, ob die Flockbarkeit der Sera durch HCl beeinflußt wird. NaOH im allgemeinen ohne Einfluß. H. Biberstein (Breslau).

Neuschloß. Untersuchungen über die Gewöhnung an Gifte. II. Die Festigkeit der Protozoen gegen Farbstoffe. Pflügers Archiv f. d. ges. Phys. CLXXVIII. p. 61.

Die Untersuchungen ergeben, daß Paramäcien sich an eine Reihe giftiger Farbstoffe, namentlich Methylenblau, Trypanblau, Fuchsin, gewöhnen lassen. Sie erwerben hierbei die Eigenschaft, diese Stoffe in farblose, ungiftige Verbindungen überzuführen, deren Unwirksamkeit auf ungewöhnte Paramäcien sich experimentell nachweisen läßt. Rudolf Spitzer (Breslau).

Neuschloß. Untersuchungen über die Gewöhnung an Gifte. III. Das Wesen der Festigung der Protozoen gegen Arsen und Antimon. Pflügers Archiv f. d. ges. Phys. CLXXVIII. p. 69.

Es ergibt sich, daß an Arsen gewöhnte Paramäcien gleichzeitig auch Gewöhnung an das chemisch verwandte Antimon aufweisen; nicht aber an Farbstoffgifte (Trypanblau).

Die Gewöhnung beruht auf der erworbenen Fähigkeit, die hochgiftigen dreiwertigen Formen in die weit weniger giftigen fünfwertigen überzuführen. Rudolf Spitzer (Breslau).

Kurpjeweit. Zum Kampf gegen die Geschlechtskrankheiten. Dtsch. med. Wochenschr. 1918. Nr. 21.

Die im Felde mit gutem Erfolg durchgeführte Prophylaxe gegen Verbreitung der Geschlechtskrankheiten suchte Kurpjeweit auch in der Heimat durchzuführen, hauptsächlich durch Aufklärung und Belehrung der Prostituierten. Da dieselben jeden Krankenhausaufenthalt scheuen sind sie dankbar für alle prophylaktischen Mittel. In Danzig wurden auf Vorschlag des Verf. folgende Maßnahmen mit gutem Erfolg durchgeführt: Verabreichung an freiwillig sich meldende Prostituierte von Neisser-Siebertscher Schutzsalbe und Protargoltropfen, Anbringen von Zetteln in dem Buche der Prostituierten, welche Anweisungen zum Gebrauch dieser Mittel nach, besonders aber vor dem Verkehr und zu den nötigen Sauberkeits-

maßnahmen gibt. Danzig und Westpreußen führten ferner Belehrungsvorträge für Fortbildungsschüler ein. Max Joseph (Berlin).

Blaschko, A. Die Beratungsstellen für Geschlechtskranke im Jahre 1917. Dtsch. med. Wochenschr. 1917. Nr. 13.

Blaschko äußert seine Befriedigung darüber, daß die Wege der Beratungsstellen für Geschlechtskranke nun gesichert seien. Er bespricht die Art der Nachkontrolle in Berlin, Mannheim, Königsberg, Frankfurt und erörtert die Frage, welche Patienten gemeldet werden müßten, da z. B. das große Heer der Gonorrhoiker nicht unterschiedslos gemeldet werden kann. Vor allem muß der Arzt Patienten, die sich vorzeitig der Behandlung entziehen, durch die Beratungsstelle zitieren lassen können. Die Meldung ist in kleineren Orten, wo der Patient die Öffentlichkeit scheut, direkt an die Beratungsstelle, sonst auch an die Krankenkasse zu richten. Der Leiter der Beratungsstelle solle ein Dermatologe sein, da ein solcher frühe Stadien besser erkennen könne als der allgemeine Praktiker. Ist eine Reise zur Beratungsstelle notwendig, so werden deren Kosten dem Patienten ersetzt. In Stettin versuchte man die Aufklärung der Familien durch geschulte Schwestern, wenn der Patient damit einverstanden war. Die nötige Anzahl Betten in Krankenhäusern sind nach Meinung des Verf. noch nicht vorhanden. Ein anderer Grund der Schwierigkeiten in der Geschlechtskrankenfürsorge sei die Zersplitterung der gesamten Gesundheitspflege. Verf. wünscht in jedem Kreise einen Gesundheitsrat, bestehend aus dem Kreisarzt, Vertretern der Landesversicherungsanstalt, Ärzteschaft, Krankenkassen, Kreisverwaltung und Kommunen, der alle Fragen der öffentlichen Gesundheitspflege und auch die der Geschlechtskrankheiten berate. Schließlich hält er es für nötig, daß jedem Mediziner die Möglichkeit gegeben werde, sich so viel Kenntnisse auf diesem Gebiete anzueignen, als zur Erkennung und Behandlung der Mehrzahl der venerischen Krankheitsfälle erforderlich ist. Max Joseph (Berlin).

Dind. Zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten. Korrespondenzbl. f. Schweiz. Ärzte 1918. Nr. 18. p. 572.

Dind spricht sich zum Blochschen Vorschlag aus, wie er ihn bei der Gründung der Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten entwickelt hat. Verf. bekämpft die Idee der Anzeigepflicht, da er befürchtet, daß sich die Patienten der ärztlichen Behandlung entziehen. Ebenso verwirft er die Anregung eines Obligatoriums der Behandlung, da dasselbe stets illusorisch bliebe.

Am meisten verspricht er sich von der gründlichen Aufklärung der großen Massen des Volkes über die Bedeutung der Geschlechtskrankheiten, sowie der Einrichtung von Polikliniken und Spezialabteilungen für Geschlechtskranke, wo sich die weniger Bemittelten jederzeit gratis behandeln lassen können. In den Spitälern sollten die Venerischen nicht anders behandelt werden, als die übrigen Kranken, das würde sie mehr ermutigen sich behandeln zu lassen,



als wenn mit polizeilichen schikanierenden Vorschriften namentlich den Prostituierten der Spitalaufenthalt verhaßt gemacht werde

Endlich verlangt Dind ein ärztliches Zeugnis vor der Ehe.

Max Winkler (Luzern).

Bloch, Br. Einiges über die Bestrebungen der Schweizerischen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten. Korrespondenzbl. f. Schweiz. Ärzte **1918. Nr. 23. p. 768.**

Verf. nimmt Stellung zur Kritik Dinds, die in Nr. 18 des Korrespondenzbl. erschienen ist. Bloch glaubt, daß gesetzliche Maßnahmen, wie sie zur Unterdrückung anderer Seuchen nötig waren, auch auf dem Gebiete der Geschlechtskrankheiten nicht zu umgehen sein werden, wenn wirklich eine Ausrottung der Geschlechtskrankheiten erzielt werden will. Dazu sei aber der Moment noch nicht gekommen und die Bestrebungen der Gesellschaft heißen vorläufig Propaganda, Volksaufklärung, Volkserziehung. Verf. betrachtet diese Maßnahmen vorläufig nur als Palliativmittel und hofft, daß sich mit der Zeit die Anschauungen im Volke so weit ändern, daß auch die Geschlechtskrankheiten von einem etwas unbefangeneren Standpunkte aus beurteilt werden als es gemeinhin heute noch geschieht. Auch auf diesen Umschwung der öffentlichen Meinung hinzuarbeiten, sei eine der vornehmsten Aufgaben der Gesellschaft.

Max Winkler (Luzern).

Bettmann. Gesundheitszustand vor der Eheschließung. Dtsch. med. Wochenschr. 1918. Nr. 5.

Im Hinblick auf die von verschiedenen Seiten gestellte Forderung durch Gesundheitszeugnisse vor der Eheschließung die Familien vor Geschlechtskrankheiten zu schützen, betont Bettmann, daß für den Wohlhabenden diese Anordnung leicht zu erfüllen sei. In zweifelhaften Fällen könnten zur Steuerung unnötiger Besorgnisse oder zur Klärung unsicherer Diagnosen mehrere Autoritäten zu Rate gezogen werden. Schwieriger ist die Lage der vielen Versicherungspflichtigen. Kassenärzte, die den Konsulenten früher wegen Geschlechtskrankheit behandelt haben, werden später nicht gern von ihm befragt. Viel eher sollten die Landesversicherungsanstalten nicht nur von Überwachungsbedürftigen sondern auch von Gesunden und Unverdächtigen in Verheiratungsangelegenheiten aufgesucht werden. Diese Beratung müsse dann durch Einschluß von Tuberkulose, Geisteskrankheiten und anderer erblichen Belastungen auf eine breitere Basis gestellt werden. Hierzu wäre allerdings ein weiterer Ausbau der Versicherungsanstalten nötig, das Funktionieren verschiedener, zuverlässigster Ärzte, wobei dennoch die Versicherungsanstaltsberatung als zentrale Instanz den allgemeinen Überblick, ihr zeugnisautoritatives Gewicht behalten müsse. Wird die Einholung eines solchen Gutachtens allgemeiner Gebrauch, so wird sich nicht derjenige, der sich ihr anschließt, verdächtig machen, sondern umgekehrt der, welcher sie scheut und umgeht. Max Joseph (Berlin).



Hecht, H. Die radikale Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten. Wien. klin. Wochenschr. 1917. Nr. 46. (Militärsanitätswesen.)

Hecht schlägt vor, Behandlung sämtlicher Erkrankter ohne irgendeine Ausnahme unter Aufsicht eines Gesundheitsamtes, gegebenenfalls zwangsweise und einen gesetzlich festgelegten Meldezwang durch die Geschlechtskranken selbst.

Viktor Bandler (Prag).

Pick, Fr. Über Sexualstörungen im Kriege. Wien. klin. Wochenschr. 1917. Nr. 45.

Bei einer nicht geringen Zahl von Kriegsteilnehmern, vorwiegend Offizieren, kommt eine auch bei längerem Verweilen im Hinterlande auffallende Abschwächung des Sexualtriebes vor, deren Ursache teils in allgemeiner, durch die Anstrengungen des Krieges oder anderweitige Erkrankungen ausgelöster Neurasthenie in den durch Granaten oder Lawinen herbeigeführten Erschütterungen des Nervensystems zu suchen ist. Der Verlauf ist in leichten Fällen ein guter, auch für schwerere Fälle kann man eine weitgehende Restitution erwarten, doch haben manche Fälle aus der Beobachtung Picks durch 8 Monate kein Zeichen der Besserung gezeigt. Diese Störungen führten nicht zu spontanen Klagen bei den Patienten, sondern kamen erst bei eigens darauf gerichteten Fragen der Ärzte zum Vorschein; für die Frage der Volksvermehrung gewinnen diese Sexualstörungen an Bedeutung. Viktor Bandler (Prag).

Finger, E. Die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten im Hinterlande. Wien. klin. Wochenschr. 1917. Nr. 12.

Die Schlußsätze des Artikels lauten: Die Registrierung und sanitätspolizeiliche Überwachung der gewerbsmäßigen Prostitution ist als einzige Maßregel zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten ungenügend. Von den geheimen Prostituierten bedürfen insbesondere die gesundheitlich gefährlichsten Jugendlichen einer genauen Überwachung. Die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten wäre durchzuführen durch Belehrung der Gesunden, Flugschriften, Vorträge, Merkblätter, Belehrung der Kranken. Gesetzliche Bestimmungen nach Art des dänischen Gesetzes vom 30. März 1916, welche enthalten Behandlungsverpflichtung aller noch ansteckenden Geschlechtskranken, Verbot der Behandlung Geschlechtskranker durch Kurpfuscher, Verbot der brieflichen Behandlung, Zwangsuntersuchung aller einer Geschlechtskrankheit begründet Verdächtigen auf Grund gerichtlichen Ausspruches, ärztliches Anzeigerecht, beschränkt auf jene Fälle, in welchen der Kranke trotz ärztlicher Abmahnung darauf beharrt, etwas zu unternehmen oder zu unterlassen, wodurch er die Gesundheit seiner Mitmenschen gefährdet.

Bestrafung der Gefährdung durch eine Geschlechtskrankheit.

Viktor Bandler (Prag).



Hecht, H. Zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten. Wien. klin. Wochenschr. 1916. Nr. 51.

Hecht empfiehlt die bisher getroffenen Maßnahmen zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten dahin zu ergänzen, daß 1. die Syphilitiker möglichst rasch an die Front abgeschoben werden, 2. den Syphilitikern im sekundären Stadium keinesfalls ein Heimaturlaub erteilt wird, 3. kein Soldat ohne Vorlage eines Gesundheitszeugnisses heiraten dürfe. Viktor Bandler (Prag).

Marcuse, Max. Wandlungen des Fortpflanzungs-Gedankens und -Willens. Abhandlungen aus dem Gebiete der Sexualforschung. I. 1. Bonn, Marcus Weber°.

Die von außerordentlicher Belesenheit auf den verschiedensten Gebieten zeugende Studie begleitet die Wandlungen des Fortpflanzungswillens durch den Lauf der Zeiten und Urzeiten, denn sie befaßt sich schon mit der Gedanken- und Gefühlswelt des vorgeschichtlichen Menschen beim Geschlechtsverkehr. M. glaubt den Nachweis führen zu können, daß der Urmensch seinen Geschlechtstrieb in Brunftperioden entlud und ihm der Kausalzusammenhang zwischen Geschlechtsverkehr und Fortpflanzung noch fremd war. Erst die durch die Eiszeiten einsetzende „Vertierung" des Menschen wandelte die Fortpflanzung aus Instinkt in Bewußtheit, in der sich dann ökonomische und psychologische Richtlinien geltend machten. Die Arbeitskraft des Weibes und seiner Kinder — wobei es gleichgültig blieb, wer der Erzeuger war — stellten große ökonomische Werte dar; erbrechtliche Gründe traten hinzu; auch der Wunsch, Kräfte zur Abwehr und Blutrache zu erhalten. Eine andere Wurzel des Wunsches nach Nachkommenschaft lag im Religiösen; wenigstens erheben die meisten Religionen die Fruchtbarkeit zum Gebot. Das Christentum schuf dann die Monogamie, die Verinnerlichung der Ehe, die Hebung des Eheweibes, das nunmehr nicht bloß als „Gebärerin" gewertet wurde. Diese Ethisierung, die sich in Luther und Schleiermacher weiter fortsetzte, war der Kindererzeugung abträglich. Der Zeugungswille trat hinter den Familiengedanken zurück. Dazu traten als sehr stark wirkender Faktor zur Rationalisierung des Geschlechtslebens die modernen wirtschaftlichen Verhältnisse; Mitgiftehe, Spätehe und der wirtschaftliche Daseinskampf führen zum Geburtenrückgang. Dieser ist geknüpft an das sich immer höher entwickelnde Verantwortlichkeitsgefühl des einzelnen. Daher kann die moderne Rationalisierung als aufsteigende Entwicklung angesehen werden. Muß nun diese Kulturentwicklung zum Aussterben der Völker und Rassen führen? Das Beispiel des chinesischen Kulturvolkes widerlegt diesen Zwang; auch gibt es selbst in Westeuropa ökonomische Verhältnisse (in gewissen bäuerlichen Gegenden), in denen Kindersegen vorteilhaft ist. Nach M.s Ansicht ist jetzt aber der moderne Wille zur Kinderlosigkeit nicht bloß ökonomisch, sondern vielfach auch schon psychisch begründet. Die



industrielle Entwicklung der letzten Jahre und der Weltkrieg gaben den Befürchtungen des Malthusianismus Unrecht. Aber es kommt nicht nur auf die Zahl, sondern auch auf die Beschaffenheit des Nachwuchses an. Da nach moderner Ansicht letztere zumeist von der Konstitution abhängt, entstanden die jetzigen Bestrebungen der Eugenik und Rassenhygiene. Gedankenreich und kritisch vertritt M. seinen Standpunkt, daß die eugenischen Gesetze noch nicht wissenschaftlich festliegen und die körperliche Gesundheit nicht allein maßgebend ist. Auch schreibt er dem Seelisch-Geistigen einen wesentlichen Anteil an dem modernen Geburtenrückgang zu und stützt sich dabei auf die schon veröffentlichten Ergebnisse seiner Umfrage, aus der sich Gebärunlust des Weibes, zunehmende Frigidität und die Entwicklung eines neuen, psychischen, der Fruchtbarkeit abträglichen Weibtypus ergeben habe. Die Frauenbewegung umfaßt zu viele gegensätzliche Bestrebungen, als daß man ihr einen einheitlichen Einfluß zuschreiben könne. Eine führende Idee, die zur Zeit dem Fortpflanzungsgedanken und -willen Richtung und Antrieb geben könne, ist noch nicht gefunden. Krakauer (Breslau).

Quincke. Über ansteckende Krankheiten und die Strafbarkeit ihrer Übertragung. Dtsch. med. Wochenschr. 1918. Nr. 39.

Quincke verspricht sich viel Nutzen von einer Gesetzesänderung, wonach die fahrlässige Übertragung einer ansteckenden Krankheit auch ohne Antrag des Geschädigten strafbar sein solle. Während der Staat bisher nur vorbeugende Maßregeln vornahm, solle er sich jetzt mit den Tatsachen selbst beschäftigen und die geschehene Übertragung bestrafen. Diese gesetzliche Fixierung würde durch Erziehung des öffentlichen Bewußtseins eine moralische Wirkung ausüben. Max Joseph (Berlin).

Lesser, Fritz. Kriegswissenschaftliche Beiträge zur Syphilis. Dtsch. med. Wochenschr. 1918. Nr. 29.

Bei der Gegenüberstellung von Infizierten und Infektionsquelle fand Lesser bei den angeschuldigten Frauen einfache Herpesbläschen welche Spirochäten enthielten, so daß auch nichtsyphilitische Affektionon bei syphilitischen Trägerinnen eine Ansteckungsquelle darstellten. Bei den Colleschen Müttern liegt der Primäraffekt vielleicht unerkannt im unteren Cervixkanal, jedenfalls können sie die Syphilis weiter übertragen. Eine Abortivheilung der Syphilis hält Verf. nur so lange für möglich, als die Erreger die Blutbahn noch nicht verließen und die Wa.R. noch nicht positiv wurde. Im primären Stadium erwies sich der Ätherextrakt Lessers und der mit Cholesterin verstärkte Sachssche Organextrakt zuverlässiger als der gewöhnliche alkoholische Extrakt. Für den Spirochätennachweis bewährte sich die Dunkelfeldbeleuchtung am besten. Als Abortivkur wurden 3 intravenöse Einspritzungen der 4. Dosis Neosalvarsan in 2—3tägigem Abstand gegeben, vor jeder Einspritzung das Blut

untersucht und bei stets negativem Ausfall die Abortivkur nach 8 Tagen beendet. Bei zweifelhaften oder schwach positiven Reaktionen werden in Abständen von 4—5 Tagen 2 weitere Injektionen vorgenommen. Die gute Prognose der Syphilisheilung im frühesten Stadium legt es nahe auch bei fehlendem Spirochätennachweis bei jedem klinisch wahrscheinlichen syphilitischen Primäraffekt die Abortivkur einzuleiten. Wartet man die Bestätigung der Diagnose durch die positive Wa.R. ab, so ist die Aussicht der Therapie bereits wesentlich verschlechtert. Max Joseph (Berlin).

Finger, E. Über Fürsorgebestrebungen für geschlechtskranke Jugendliche. Wien. med. Wochenschr. 1918. Nr. 10.

Finger schildert die Einrichtungen in dem neu errichteten Spital für geschlechtskranke Frauen. Es wurden die Jugendlichen abgeschlossen von den älteren Frauen und eine geregelte Beschäftigung eingeführt. Letzterer Aufgabe unterzog sich ein Frauenkomitee, das mit Hilfe der Fürsorgeschwestern eine Nähschule, Strickschule usw. errichtete, musikalische Veranstaltungen inszenierte usw. Den ärztlichen Dienst versahen Ärztinnen. Vor der Entlassung trachtete man das Mädchen wieder in gesunde Verhältnisse zu bringen, hierzu streckte das Ministerium entsprechende Geldmittel vor, der Verein Soziale Hilfe eröffnete 2 Heime, ein mit gewerblichen Unterrichtsbehelfen ausgestattetes Heim und ein Arbeiterinnenheim. Viktor Bandler (Prag).

v. Zeissl. Zur Pathologie und Therapie der Syphilis. Wien. med. Wochenschr. 1918. Nr. 14.

Ein Fortbildungsvortrag, der sonst nichts Neues bringt. Viktor Bandler (Prag).

Genck, Margarete. Über das Vorkommen und die Bedeutung doppelbrechender Substanzen im Harn. Dtsch. Archiv f. klin. Med. Bd. CXXV. p. 333. 1918.

Genck findet im Gegensatz zu den Angaben von Fritz Munk, daß der Lipoidnachweis im Harn zur klinischen Diagnostik nicht verwendbar sei, weil das Auffinden zu unregelmäßig ist und sowohl im akuten wie im chronischen Stadium von Nierenerkrankungen Lipoide zu finden sind. Bei positivem Wassermann und bestehender Nephrose kann bei Lipoidnachweis sowohl eine luetische wie eine Quecksilbersalvarsanschädigung vorliegen. P.

Bauer, Julius. Beiträge zur klinischen Konstitutionspathologie I. Dtsch. Archiv f. klin. Med. Bd. CXXVI. p. 196. 1918.

Der durch sein schönes Buch — Konstitutionelle Disposition zu inneren Krankheiten — bekannte Verf. gibt zunächst eine Darstellung der Einteilung Sigauds und seiner Schüler in vier Menschentypen, in den Typus respiratorius, digestivus, muscularis und cerebralis, und berichtet über die Ergebnisse der Sichtung von 2010 Patienten mit verschiedenen Erkrankungen an Mannabergs Abteilung in Wien. Aus seinen Ergebnissen sei hervorgehoben:



Unter den größtenteils syphilitischen Aortenerkrankungen und deren Folgezuständen (Aorteninsuffizienz, Aneurysma) ist die Zahl der respiratorischen und cerebralen Individuen relativ sehr niedrig, jene der digestiven und muskulären Typen ganz außerordentlich hoch. P.

Bang, Henrik. Registrierung von Syphilitikern. Ugeskrift for Läger. 1919. Nr. 2. p. 62—64.

Bang tritt dem Vorschlage einer Registrierung der Syphilitiker entschieden entgegen. Harald Boas (Kopenhagen)

Nielsen, Ludvig. Nominative Registrierung der Syphilitiker. Ugeskrift for Läger. 1919. Nr. 3. p. 109—111.

Auch Ludvig Nielsen ist ein ausgesprochener Gegner der nominativen Registrierung der Syphilitiker.

Harald Boas (Kopenhagen).

Hansen, Sören. Die Frage der Registrierung. Ugeskrift for Läger. 1919. Nr. 4. p. 156—157.

Polemik gegen die Registrierung. Harald Boas (Kopenhagen).

With, Carl. Registrierung der Syphilitiker. Ugeskrift for Läger. 1919. Nr. 4. p. 157—158.

Polemik gegen die nominative Registrierung der Syphilitiker.

Harald Boas (Kopenhagen).

Fönss, Aage L. Nominative Registrierung der Syphilitiker. Ugeskrift for Läger. 1919. Nr. 4. p. 159—161.

Fönss verteidigt die von ihm vorgeschlagene Registrierung der Syphilitiker. Harald Boas (Kopenhagen).

Nielsen, Ludvig. Nominative Registrierung der Syphilitiker. Ugeskrift for Läger. 1919. Nr. 5. p. 196—189.

Polemik gegen Fönss. Harald Boas (Kopenhagen).

Fönss, Aage L. Nominative Registrierung der Syphilitiker. Ugeskrift for Läger. 1919. Nr. 6. p. 239—241.

Polemik gegen Ludvig Nielsen. Harald Boas (Kopenhagen)

Brun-Pedersen. Anläßlich der 200 Fälle von Primärsyphilis usw. Ugeskrift for Läger. 1919. Nr. 7. p. 286—287.

Polemik gegen Haxthausen. Harald Boas (Kopenhagen).

Nielsen, Ludvig. Nominative Registrierung von Syphilitikern. Ugeskrift for Läger. 1919. Nr. 7. p. 298—300.

Polemik gegen Fönss. Harald Boas (Kopenhagen).

Scholtz. Über die Tätigkeit der Beratungsstellen für Geschlechtskranke und die Erfolge der jetzigen Syphilisbehandlung. Münch. med. Wochenschr. 1917. Nr. 37. p. 1200.

Zu kurzem Referat nicht geeignet. Alfred Perutz (Wien).

Hübner. Ärztliche Erfahrungen aus der Beratungsstelle für Geschlechtskranke in Elberfeld. Münch. med. Wochenschr. 1917. Nr. 28. p. 897.

Zu kurzem Referat nicht geeignet. Alfred Perutz (Wien).



Zumbusch und *Dyroff.* Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten. Münch. med. Wochenschr. 1916. Nr. 48. p. 1692.

Im Original nachzulesen. Alfred Perutz (Wien).

Aebly, J. Beitrag zur Häufigkeit der Lues in der Schweiz. Schweiz. Rundschau f. Med. 1919. Nr. 3. p. 45.

Verf. sucht an Hand der Paralysetodesfälle einen Rückschluß zu machen auf die Häufigkeit der Lues in der Schweiz. Er ist sich dabei der Schwierigkeit dieser Berechnung vollauf bewußt und hat schon öfters auf die Fehlerquellen medizinischer Statistiken hingewiesen, die im allgemeinen die mathematischen Gesichtspunkte viel zuviel vernachlässigen.

Wenn er als Grundlage einen Paralysefaktor von 3,0 annimmt, so kommt er auf eine jährliche Erkrankungszahl von 5000. Wenn er die ganz unwahrscheinlich hohe Zahl von 200 Paralysetodesfällen pro Jahr annimmt, so kommt er beim eher zu hohen als niedrigen Wert 3,0 auf 6670 Neuinfektionen. Mit der Zahl 6000 Neuinfektionen pro Jahr glaubt er sehr wahrscheinlich die obere Grenze erreicht zu haben. Von den 6000 Infektionen würden etwa 4000 die Männer betreffen. Er kommt dabei zum Schlusse, daß von der männlichen Bevölkerung zwischen 15 und 59 Jahren etwa jeder 10. Mann einmal im Leben eine luetische Infektion durchgemacht haben muß. Für die Städte dürfte diese Zahl eher noch etwas größer sein.

Im Anhange gibt Verf. noch die wichtigsten Formeln wieder, mittels deren die nicht direkt beobachtbaren Fälle ermittelt werden können. Max Winkler (Luzern).

Blaschko, A. Ein neuer Weg zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten. Dtsch. med. Wochenschr. 1919. Nr. 1.

Damit der Arzt Geschlechtskrankheiten im ersten Stadium erkennen und zielbewußt behandeln könne, fordert Blaschko Prüfung in Haut- und Geschlechtskrankheiten im Staatsexamen und Fortbildungskurse für die bereits fertigen praktischen Ärzte und Notapprobierten. Zur weiteren Bekämpfung des Übels müßten die Untersuchungsstellen, an die zu untersuchendes Material eingesandt werden soll, organisiert und die Requisiten zum Versand bereitgestellt werden. Auch angetrocknetes Material kann bei richtiger Technik zuverlässig untersucht werden. Prophylaktische Injektionen haben sich im amerikanischen Heere gut bewährt. Die Hauptsache bleibt, daß die Kranken bei den ersten verdächtigen Erscheinungen sofort den Arzt aufsuchen. Ein Plakat, das hierzu dringlich auffordert, gibt Verf. im Bilde bei. Max Joseph (Berlin).

Blaschko, A. Das schwedische Gesetz gegen die Verbreitung der Geschlechtskrankheiten. Dtsch. med. Wochenschr. 1918. Nr. 49.

Das schwedische Gesetz, welches Blaschko der früheren deutschen Gesetzvorlage vorzieht, bestimmt die Aufhebung der Reglementierung der Prostitution, gibt Verhaltungsmaßnahmen für Be-



hörden und Einzelpersonen, Fürsorgemaßnahmen für die Kranken, sieht keine Strafen vor, außer für fahrlässige Ärzte oder Beamte, bestimmt die Aufgaben der Ärzte, Gesundheitsinspektoren und der Gesundheitsbehörde und gibt jedem Bürger das Recht sich im Krankheitsfalle untersuchen zu lassen und auf öffentliche Kosten behandelt zu werden. Befolgt der Patient die ärztlichen Anweisungen nicht oder entzieht er sich der Behandlung, so hat der Arzt dies dem Gesundheitsinspektor zu melden. Zwangseinweisungen in ein Krankenhaus sind sowohl für männliche wie für weibliche Patienten vorgesehen. Sonderbestimmungen für Prostituierte bestehen nicht.

Max Joseph (Berlin).

Herrmann, E., und Marianne *Stein*. Über die Wirkung eines Hormones des Corpus luteum auf männliche und weibliche Keimdrüsen. Wien. klin. Wochenschr. 1916. Nr. 25.

Das Hormon des Corpus luteum beeinflußt anfänglich die Follikeltätigkeit des Ovariums im fördernden Sinne, hindert jedoch, daß die Follikel bis zur Berstung heranreifen. Auf den wachsenden Hoden wirkt das Corpus luteum hemmend, nicht nur in bezug auf seine Größe, sondern auch auf das Datum des Einsetzens der Spermatogenese. Bei weiterer Einwirkung kommt es zu Rückbildungserscheinungen am generativen Apparate mit vollkommenem Mangel der Spermatogenese und zu Erscheinungen, wie man sie bei dem mit Röntgenstrahlen beschädigten Hoden sehen kann. Hat die Spermatogenese bereits begonnen, so gehen durch den Einfluß des Hormones die schon gebildeten Samenzellen wieder zugrunde. Diese Substanz steht in einem antagonistischen Sinne zu der innersekretorischen Tätigkeit der männlichen Keimdrüsen.

Viktor Bandler (Prag).

Moller. Ein Fall von komplettem Pseudohermaphroditismus masculinus. Virchows Archiv 1917. p. 363—379.

Kasuistische Mitteilung. Kyrle (Wien).

Wolff, Siegfried. Eine einfache Methode, unbeweglich gewordene Injektionsspritzen wieder beweglich und undurchgängig gewordene Kanülen wieder durchgängig zu machen. Deutsche med. Wochenschr. 1918. Nr. 16.

Wolff legte Spritzen mit unbeweglich gewordenen Kolben sowie undurchgängig gewordene Kanülen und Lumbalpunktionsnadeln in konzentrierte Natron- oder Kalilauge. Die Lauge löste allmählich die geronnene Eiweißschicht, und besonders nach einigem Umschütteln und Abspülen waren die Instrumente bald wieder völlig brauchbar. Max Joseph (Berlin).

Neel. Über die Goldsolreaktion in der Spinalflüssigkeit. Hospitalstidende 1918. Nr. 4. p. 97—115.

102 untersuchte Fälle. Ähnliche Resultate wie die der deutschen Autoren. Harald Boas (Kopenhagen).

Brun-Pedersen. Änderungen in der Spinalflüssigkeit bei syphilitischer Alopecie. Ugeskrift for Läger 1918. Nr. 11. p. 425—437.

Von 10 Fällen mit diffuser Alopecie zeigten 8 normale Verhältnisse, nur 2 hatten eine geringe Pleocytose. Von 10 Patienten mit Alopecia leucodermica hatten dagegen nur 2 normale Verhältnisse in der Spinalflüssigkeit, dagegen hatten 8 schwere Veränderungen.

Harald Boas (Kopenhagen).

Nathan, Ernst. Experimentelle Untersuchungen über das Wesen der Wassermannschen Reaktion. Zeitschr. f. Immunitätsforsch. Bd. XXVII. H. 3.

Normale Menschensera können durch globulinverändernde Einflüsse derart umgewandelt werden, daß sie eine positive Wassermannsche Reaktion geben. Als einfachstes Mittel erwies sich die Untersuchung im salzarmen Medium. Durch Veränderung der Temperatur, der Verdünnung und Art der Sera ist die globulinverändernde Wirkung des salzarmen Mediums zu beeinflussen. Ähnlich wie das Ausschalten der Salzwirkung, wirkt eine Inulinsuspension auf normales Serum, nicht aber Inulinlösung, woraus die Bedeutung des physikalischen Zustandes bei der Umwandlung der Sera hervorgeht. Durch Vorbehandlung (Zusatz von Säure, Lauge, Erwärmung) kann jedes Serum derart beeinflußt werden, daß es nicht mehr physikalisch zu beeinflussen ist. Umgekehrt gelingt es, künstlich positiv gemachte Sera durch Erwärmen auf 45—55° wieder negativ zu machen. Die künstlich erzeugte positive Reaktion entspricht der positiven Reaktion mit aktivem Luesserum, während sie sich von der natürlichen des inaktiven Serums dadurch unterscheidet, daß sie thermolabil ist. Daraus schließt der Verf., daß die Reaktion des aktiven Serums auf einer Globulinveränderung der chemischen Zusammensetzung der Lipoide erfolgt sind. Für die Praxis ergibt sich daraus auf neuartiger, experimenteller Grundlage die Forderung, die Sera für die Ausführung der Wassermannschen Reaktion stets zu inaktivieren. Marg. Stern (Breslau).

Meinicke, E. Die Lipoidbindungsreaktion. Zeitschr. f. Immunitätsf. Bd. XXVII. H. 4.

Die vom Verf. bisher zur Erkennung von Rotz und Syphilis verwendete Lipoidbindungsreaktion ist u. a. auch zur Eiweißdifferenzierung geeignet. Bei der Reaktion sind Bindung und Fällung scharf zu trennen. Die Fällung bzw. die Eigenschaften der Fällungsprodukte bilden den Indicator der Reaktion, sind aber nicht ihr Wesen. Das Wesentliche ist vielmehr die Bindung. Die Methode weist die erfolgte Bindung von Antigen und Antikörper durch ein einfaches Kochsalzverfahren nach und bildet so einen Übergang von den rein biologischen Reaktionen wie der Komplementbildung zu den chemisch-physikalischen Methoden. Damit ist ein neues Arbeitsfeld für experimentelle Untersuchungen auf dem Gebiet der Immuni-



tätsreaktionen und der serologischen Luesdiagnostik geschaffen. Es gilt, die Lipoidbindungsreaktion von den Schlacken einer Globulinfällungsmethode zu befreien und zu einer reinen chemisch-physikalischen Bindungsreaktion auszugestalten. Marg. Stern (Breslau).

Herzfeld, E. und *Klinger*, R. Zur Chemie der luetischen Serumreaktionen. Berliner klin. Wochenschr. 1918. Nr. 29. p. 687.

Da die Ansicht, daß die Wa.R. auf spezifische Antikörpern beruht, wohl nirgends mehr geteilt wird, kommen jetzt nur 2 Erklärungsversuche in Betracht. 1. Die Bindung erfolgt zwischen dem Extrakt und einem besonderen chemischen Stoff, der sich im Luetikerblut bildet. 2. Die Eiweißteilchen des Luetikerserums haben größere Labilität, die sich durch leichtere Fällbarkeit äußert.

Hiernach ist der Unterschied vom normalen Blut nur ein quantitativer; positive Seren verursachen stärkere Adsorption des Extraktes infolge Gegenwart stärker adsorbierender Eiweißteilchen.

Für letztere Anschauung sprechen sehr viele Umstände, während das Vorhandensein eines besonderen chemischen Körpers noch nie bewiesen werden konnte.

Auch die von Meinicke angegebene Modifikation der Wa.R. (Berliner klin. Wochenschr. 1919, Nr. 25) und ihre Erklärung ändern hieran nichts. Krakauer (Breslau).

Freund, Julius. Die Herstellung von Antigenen für die Wassermannreaktion mit Antiformin. Deutsche med. Wochenschr. 1918. Nr. 16.

Wirksamer als der alkoholische Extrakt aus Rinderherz scheint für die Wa.R. das von Freund hergestellte Antigen zu sein. Dasselbe besteht aus Antiformin mit und ohne Anwendung lipoidlösender Mittel, aus Menschenherz, fötaler, luetischer Leber, Rinderherz und Rinderleber. Max Joseph (Berlin).

Kostrjewski. Über die Wassermannsche Reaktion in Blutserum, Bauchhöhlenflüssigkeit und Harn eines und desselben Kranken. Centralbl. f. Bakt. u. Parasitenk. Bd. LXXX. p. 450.

Es handelt sich um einen Kranken, mit einem wahrscheinlich luetischen Nierenleiden, der an eitriger Peritonitis gestorben war. Die Wa.R. war im Blut und Harn positiv, in der Bauchhöhlenflüssigkeit negativ. Die Eigenhemmung des Harnes läßt sich durch Neutralisation und entsprechende Verdünnung beheben.

Walther Pick (Wien).

Uddgren, G. Milchinjektionen und Wassermannsche Reaktion. Berliner klin. Wochenschr. 1918. Nr. 15.

6 Augenkranke (4 davon mit Keratit. parenchym.) mit negativer Wa.R. bekamen positive Wassermannsche Reaktion nach Milchinjektionen; beim 6. Fall trat der Umschlag ein nach einer einzigen Einspritzung, bei der die Milch steril von geprüft gesunder Kuh entnommen und kein Fieber entstanden war. Krakauer (Breslau).

Hazthausen, H. Studien über die Lichtdermatiten. II. Untersuchungen über die Wirkung pathologischer Sera auf die photochemischen Prozesse. Hospitalstidende 1918. Nr. 19. p. 577—585 und Nr. 20. p. 609—617.

Eingehende experimentelle Arbeit. Zum kurzen Referat nicht geeignet. Harald Boas (Kopenhagen).

Freudenberg, A. Zur Frage der Divergenz der Wassermannschen Resultate. Eine Erwiderung auf Hermann Mayers „Erwiderung" in dieser Wochenschrift 1918. Nr. 4. Berliner klin. Wochenschr. 1918. Nr. 26. p. 621.

Mayers Einwand, die Untersuchungsunterschiede zwischen ihm und seinem Gegenuntersucher A. beruhten darauf, daß letzterer mit Meerschweinchen-, er selber mit syphilitischem Extrakt arbeite, trifft nicht zu. Auch A. untersuchte — neben anderen — mit spezifischen Extrakten. Vielmehr liegt der Grund darin, daß M. die „zweifelhaften" Fälle vielfach mit negativ bezeichnet. Die Zahl der tatsächlich vorgefundenen Divergenzen (16—17%) findet F. im Gegensatz zu M. hoch. Auch hält es F. für einen großen tatsächlichen Übelstand, wenn M.s Behauptung, daß „90% der Untersucher die Wa.R. nicht beherrschen" und „daß das immer so bleiben wird", zutreffend ist. Hoffentlich wird bald Verbesserung oder Ersatz der Wa.R. gefunden, der bei größerer Einfachheit größere Sicherheit bietet. Bis dahin bleibt die Mahnung zur Vorsicht bei diagnostischer Verwertung angebracht. Krakauer (Breslau).

Halle, W., und E. *Pribram.* Ausführungen der Komplementbindungsreaktion (Wassermann) im hohlen Objektträger. Wiener klin. Wochenschr. 1916. Nr. 32.

Die Autoren haben eine prinzipielle Änderung der Wassermannschen Methode durch Verwendung des hohlen Objektträgers versucht, wobei sie eine Beschleunigung des Verfahrens und Materialersparnis erzielten. Die genau angegebene Methode muß im Original nachgelesen werden. Viktor Bandler (Prag).

Lorenzutti, L. Die Brucksche Syphilisreaktion. Wiener klin. Wochenschr. 1917. Nr. 19.

Die Untersuchungen des Autors ergaben für die Bewertung der Bruckschen Reaktion ein sehr ungünstiges Resultat; von 69 Nichtluetikern reagierten 22 positiv, 9 zweifelhaft und 38 negativ im Gegensatz zur Wa.R., die dabei durchweg ein negatives Resultat ergeben hatte. Viktor Bandler (Prag).

Königstein, H., und P. *Goldberger.* Liquoruntersuchungen im Sekundärstadium der Lues. Wiener klin. Wochenschr. 1917. Nr. 12.

Bei 34 Syphilitikern mit Alopecie ergab die Untersuchung des Liquors 25 mal ein positives und 9 mal ein negatives Resultat, unter 31 Leukodermfällen hatten 19 einen positiven und 12 einen negativen Befund; die Spinalpunktion ergab also bei den Alopeciefällen in



73% bei den Leukodermfällen in 61% Anhaltspunkte für die Annahme pathologischer Liquorveränderungen. Aus diesen Zahlen ergibt sich, daß den Alopecie- und Leukodermfällen in weiteren Untersuchungen Beachtung zu schenken ist. Viktor Bandler (Prag).

Müller, R. Über die Wirkung von Druck auf Immunkörper und Immunreaktionen. Wiener klin. Wochenschr. 1917. Nr. 27.

In seinen Versuchen, die ausführlich geschildert werden, konnte Müller feststellen, daß die verschiedensten Immunkörper und Immunreaktionen durch Druck beeinflußbar sind und daß die entstehenden Änderungen rhythmischen Schwankungen unterworfen sein können. Viktor Bandler (Prag).

Müller, R. Über die Grundlager der von J. Kaup und J. Kretschmer vorgeschlagenen Modifikation der Wassermannschen Reaktion nebst Bemerkungen zur Kritik der bisherigen Methoden. Wiener klin. Wochenschr. 1917. Nr. 10.

Der hauptsächlichste Unterschied der von den Autoren befolgten Methodik gegenüber den bisher üblichen Methoden besteht in folgendem: Während die bisher meist üblichen quantitativen Methoden entweder das Patientenserum oder das Antigen bei fixer — im Überschuß verwendeter Komplementmenge auswerteten, variieren die Autoren die Komplementmenge von den eben noch löslichen Dosen ansteigend bei gleichbleibenden Mengen von Patientenserum und Antigen. Gegen die diagnostische Verwertung positiver Ausschläge bei Verwendung der eben noch lösenden Komplementdosis hat Müller Bedenken. Die Autoren geben bei ihrer Methode eine Verstärkung der Anzahl der positiven Reaktionen gegenüber der Orig.-Wassermann, beweisen aber nicht, daß trotz dieser Erhöhung der Anzahl der Luesreaktionen die Spezifität in keiner Weise vermindert wurde.

Den Wert seiner Methode sieht Müller darin, daß durch Verwendung zweier Antigene von verschiedener physikalischer Beschaffenheit, von denen das eine bei genauer Einhaltung der angegebenen Vorschriften fast ausnahmslos stärker bei Luesfällen, schwächer bei Normalfällen reagiert als das andere, man in der Lage ist, auch bei schwach reagierenden Fällen spezifische und nichtspezifische Ausfälle fast ausnahmslos zu trennen und hierbei den Vorteil des starken Ausfalles bei Verwendung des aktiven Serums auszunützen, ohne in den Fehler verringerter Spezifität der Resultate zu verfallen. Viktor Bandler (Prag).

Müller, R. Über die Bedeutung der Eigenhemmung. Wiener klin. Wochenschr. 1916. Nr. 39.

Müller fand bei Lues relativ häufig Eigenhemmung der Sera, aber ebenso bei Seren nichtluetischer Kranker, weshalb ihm die Eigen-



hemmung nicht charakteristisch genug zur Verwertung für die Luesdiagnose schien. Bei Hesses Untersuchungen zeigten 5 Fälle von Lues trotz positiver Wa.R. negative Eigenhemmungsreaktion. Es scheint demnach, daß die Methode von Hesse nicht geeignet wäre, die Wa.R. zu ersetzen. Hesses Ansicht, daß die Feststellung häufiger Eigenhemmung deswegen von Bedeutung sei, da sie die Anschauung jener Autoren stütze, die die Wa.R. nicht für eine Innenreaktion halten, kann Müller nicht teilen. Die Tatsache der Eigenhemmung luetischer Sera spricht eher für die Anschauung, daß die Wa.R. im Zusammenhang mit einer Innenreaktion des Organismus steht.

Viktor Bandler (Prag).

Hesse, M. Über die Bedeutung der Eigenhemmung. Wiener klin. Wochenschr. 1916. Nr. 20.

Aus den Beobachtungen, daß die Eigenhemmung gehäuft auftritt, wenn das Komplementserum nicht mehr ganz frisch oder das hämolytische Serum nicht sehr hochwertig war, lag der Schluß nahe, daß die Eigenhemmung keineswegs eine seltene und störende Eigenschaft der Sera sei, sondern vielmehr eine regelmäßige Eigenschaft, und zwar der positiv reagierenden Sera, daß wir aber nicht imstande sind, mit der Wassermannschen Methode diese Eigenhemmung nachzuweisen. Hesses Bemühungen waren darauf gerichtet, eine Methode zu finden, den Extrakt, der eigentlich eine Unbekannte in der Wassermennschen Reaktion darstellt, überflüssig zu machen. Die Beobachtung, daß geringe Änderungen in den Mengenverhältnissen schon einen anderen Ausfall der Wassermannschen Reaktion bedingen konnten, veranlaßte Hesse einerseits, die Kochsalzlösung von 0,5 ccm auf 1 ccm zu vermehren, anderseits sowohl das Komplement als auch das hämolytische Serum an der Grenze der Wirksamkeit zu verwenden und nicht wie bei der Wassermannschen Reaktion als ein Vielfaches der eben noch wirksamen Dosis. Hesse verwendete nur inaktives Serum, das im Wasserbad 1 Stunde bei 56° verweilt hatte, wodurch jedes Komplement vernichtet wurde, ohne das Serum anderweitig zu schädigen. Bei dem Versuch scheint wichtig zu sein, die größte Menge menschlichen Serums und die möglichste Empfindlichkeit des hämolytischen Systems, um die geringsten Störungen im Gleichgewicht schon erkennbar zu machen. Durch die Untersuchungen erscheint die Vermutung bestätigt, daß die sog. Eigenhemmung das maßgebende Moment für den positiven oder negativen Ausfall der Wassermannschen Reaktion ist. Es erscheint dem Autor unzweifelhaft, daß wirklich die Eigenhemmung, die Fähigkeit, Komplement unwirksam zu machen, eine Eigenschaft zahlreicher Sera ist, ob nur luetischer oder auch anderer, läßt sich noch nicht sagen. Diese Eigenschaft kann in der Wassermannschen Reaktion durch den Extrakt sichtbar gemacht werden, bei vorliegender Methode aber ohne dieses Hilfsmittel.

Viktor Bandler (Prag).



Brandweiner. Über die sero-chemische Syphilisreaktion nach C. Bruck. Wiener klin. Wochenschr. 1917. Nr. 20.

Nach den Untersuchungen des Autors kann die Brucksche Reaktion nicht an Stelle der Wassermannschen Reaktion Verwendung finden, praktisch ist sie vorläufig wertlos. Brandweiner erhielt bei 131 Fällen 97 positive Reaktionen, statt 54 und 34 negative statt 77. Viktor Bandler (Prag).

Perutz, A. Die Bedeutung serodiagnostischer Untersuchungen für die Prognose der abortiv behandelten Syphilis. Wiener klin. Wochenschr. 1916. Nr. 51.

1. Die Präcipitationsreaktion der Syphilis nach Porges-Herman-Perutz ist im Primärstadium der Lues viel häufiger positiv als die Wassermannsche Reaktion.

2. Die negative Wassermannche Reaktion allein läßt nicht den Schluß zu, daß die Syphilis noch nicht generalisiert sei.

3. Die negative Wassermannsche Reaktion allein vor Beginn der Kur läßt noch nicht mit Sicherheit annehmen, daß eine Abortivbehandlung von Erfolg begleitet sein könnte.

4. Die günstigsten Bedingungen für eine erfolgreiche Abortivkur sind bei negativer Wassermannscher Reaktion eine negative Ausflockungsreaktion. Viktor Bandler (Prag).

Wassermann, A. von. Über die Wassermannsche Reaktion und biologische Stadien der Lues in bezug auf Therapie sowie Bekämpfung der Syphilis. Deutsche med. Wochenschr. 1918. Nr. 33.

Im Verlaufe der syphilitischen Infektion unterscheidet v. Wassermann zwei biologische Stadien. Das erste kurze besteht vor dem Eintritt der Wa.R., das zweite lang andauernde nach Ausbildung derselben im Zustande des syphilitischen Infekts. Diese Stadien decken sich nicht mit den klinischen primären oder sekundären Erscheinungen. Vielmehr zeigt der Eintritt der Wa.R. an, daß die Spirochäten auf dem Wege der Blut- und Lymphbahn in das Gewebe verschleppt wurden und dort metastatische Herde bildeten. In der Vor-Wassermannperiode haben die auf einem umschriebenen Gewebsteil, dem Sitz des Primäraffekts, beschränkten Spirochäten noch keine reaktive Tätigkeit im Körpergewebe hervorgerufen. Daher können in dieser ersten Periode die Spirochäten durch schnellen energischen Eingriff noch dauernd beseitigt werden. Diese Sicherheit gleitet im zweiten Stadium, welches erst die wahre konstitutionelle Syphiliserkrankung bringt, akut ab. Diese Unterscheidung muß die Basis für die Radikalheilung der Syphilis bilden, welche bei der kurzen Dauer des Vor-Wassermannstadiums nur mit spirilloziden Mitteln zu bewirken ist. Hierzu ist das Salvarsan durchaus nötig, das langsamer wirkende Quecksilber kann in diesem ersten,

für die Heilung wichtigsten Stadium nur in Kombination mit den schnellwirkenden Ehrlichschen Mitteln gebraucht werden.

Max Joseph (Berlin).

Jersild. Die Bedeutung der Austitrierung der Reaginmenge bei der Wassermannschen Reaktion. Ugeskrift for Läger 1918. Nr. 30.

Verf. meint, daß eine quantitative Ausführung der Wassermannschen Reaktion ganz wertlos ist. Harald Boas (Kopenhagen).

Thomsen, Oluf und *Boas,* Harald. Die Bedeutung der Austitrierung der Reáginmenge bei der Wassermannschen Reaktion. Ugeskrift for Läger 1918. Nr. 31.

Verfasser verteidigen die zuerst von Boas angestellte quantitäre Technik der Wassermannschen Reaktion.

Harald Boas (Kopenhagen).

Jersild, O. Die Bedeutung der Austitrierung der Reaginmenge bei der Wassermannschen Reaktion. Ugeskrift for Läger 1918. Nr. 32.

Polemik gegen Thomsen und Boas.

Harald Boas (Kopenhagen).

Thomsen, Oluf und *Boas,* Harald. Die Bedeutung der Austitrierung bei der Wassermannschen Reaktion. Ugeskrift for Läger 1918. Nr. 33.

Polemik gegen Jersild. Harald Boas (Kopenhagen).

Jersild, O. Die Bedeutung der Austitrierung der Reaginmenge bei der Wassermannschen Reaktion. Ugeskrift for Läger 1918. Nr. 34.

Polemik gegen Thomsen und Boas.

Harald Boas (Kopenhagen).

Thomsen, Oluf und *Boas,* Harald. Die Bedeutung der Austitrierung der Reaginmenge bei der Wassermannschen Reaktion. Ugeskrift for Läger 1918. Nr. 35.

Polemik gegen Jersild. Harald Boas (Kopenhagen).

Ehlers und *Aaskow.* Summarisches Resultat der Wassermannreaktionen. Ugeskrift for Läger 1918. Nr. 39.

Verfasser haben das große Material der 4. Abteilung des Kommunehospitals untersucht und meinen, wie Thomsen und Boas, daß eine quantitative Austitrierung der Wassermannschen Reaktion von großer Bedeutung für die Klinik ist. Harald Boas (Kopenhagen).

Freund, Julius. Über die Hirschfeld-Klingersche Gerinnungsreaktion bei Lues. Deutsche med. Wochenschr. 1918. Nr. 39.

Die Versuche Freunds ergaben eine sichtliche Spezifität der Gerinnungsreaktion nach Hirschfeld für Lues. Diese Reaktion zeigte bei Luetikern mehr positive Resultate als die mit Normalextrakt ausgeführte Wa.R. und ist zudem einfacher und billiger.

Max Joseph (Berlin).



Cornaz, G. Verhalten der Cerebrospinalflüssigkeit in den verschiedenen Stadien der Lues. Korrespondenzbl. f. Schweiz. Ärzte 1918. Nr. 47. p. 1584.

Verf. hat in der Klinik von Dind in Lausanne die Cerebrospinalflüssigkeit in den verschiedenen Stadien der Lues untersucht und gefunden, daß letztere schon in den Frühstadien Veränderungen in Form der Lymphocytose aufweist, wenn die Wa.R. noch negativ und die Vermehrung des Eiweißes noch nicht zu konstatieren ist. In 35% der Fälle von Ulcus durum war die Lymphocytose nachweisbar bei Fehlen jeglicher Allgemeinsymptome. Eine Lymphocytose nimmt Verf. erst an, wenn per Kubikmillimeter 5 Lymphocyten nachweisbar sind. Im Sekundärstadium soll die Wa.R. in 14% der Fälle positiv im Liquor gewesen sein, bei Condylomen allerdings viel häufiger als z. B. bei Plaques muqueuses. Bei Lues des Zentralnervensystems finden sich konstant Veränderungen im Liquor, es soll öfters vorkommen, daß die Wa.R. im Liquor positiv ausfällt, während sie im Blute negativ ist.

Unangenehme Zwischenfälle hat Verf. nie gesehen. Wichtig sei allerdings, daß der Patient nach der Punktion 24 Stunden flach liegen bleibe und daß höchstens 5 ccm Flüssigkeit entnommen werden, die für die Wa.R., den Eiweiß- und Lymphocytennachweis genügen sollen. Max Winkler (Luzern).

Georgi, W. Die Bedeutung der Extraktbeschaffenheit für die Ausflockung des syphilitischen Blutserums. Zeitschr. f. Immunitätsf. Bd. XXVII. H. 6.

Bei der Ausflockung von syphilitischem Blutserum durch Rinderherzextrakt spielt der Cholesteringehalt eine wesentliche Rolle. Der Extrakt muß in geeigneter Weise verdünnt werden. Auch Meerschweinchenherz- und Luesleberextrakte können sich bei geeigneter Cholesterinierung für die Ausflockung eignen. I. a. besteht ein Parallelismus zwischen Wassermannscher Reaktion und Ausflockung. Uncharakteristische Extrakte zeigen ein gleiches Verhalten bei beiden Reaktionen. Marg. Stern (Breslau).

Klinger, R. Zur Frage der Titersteigerung bei Blutentziehungen. Zeitschr. f. Immunitätsf. Bd. XXVII. H. 6.

Im Gegensatz zu den Befunden von Hahn und Langer konnte durch wiederholte, starke Blutentziehungen bei Immunkaninchen der Agglutinintiter nicht erhöht werden; derselbe blieb entweder nahezu konstant oder zeigte ein leichtes Absinken. Marg. Stern (Breslau).

Meinicke, E. Zur Extraktfrage bei der Serodiagnose der Syphilis. Zeitschr. f. Immunitätsf. Bd. XXVII. H. 6.

Die Brauchbarkeit alkoholischer Menschenherzextrakte für die Meinickereaktion ist von folgenden Bedingungen abhängig: 1. der Extraktionstemperatur, 2. dem Grade des Schüttelns, 3. dem relativen Mengenverhältnis von Organbrei und extrahierendem Alkohol.

Marg. Stern (Breslau).



Enste, Dr. Wilhelm. Die Bedeutung der Wassermannschen Reaktion für die Feststellung der Ätiologie der Augenkrankheiten. Dissertation. Marburg. 25 Seiten. 75 Pfennig.

Auf dem Heidelberger Ophthalmologenkongreß im Jahre 1907 hat Leber als erster die Bedeutung der Wassermannschen Reaktion für die Augenheilkunde betont.

Die systematische Blutuntersuchung bei Keratitis parenchymatosa, Iritis, Sehnervenaffektionen haben für die Ätiologie dieser Krankheiten entschieden eine Klärung herbeigeführt.

Enste stellt aus dem Gesamtergebnis der bisherigen Untersuchungen folgendes fest:

1. „Ein negativer Ausfall der Reaktion spricht noch keineswegs gegen das Bestehen einer luetischen Infektion, da der positive Ausfall in der Mehrzahl der Fälle erst nach der allgemeinen Verbreitung des luetischen Virus im Körper auftritt und andererseits bei energischer Behandlung die Reaktion negativ werden kann."

2. „Es liegen zahlreiche sichere Beobachtungen vor, die beweisen, daß auch bei klinisch sicherer Lues die Wassermannsche Reaktion negativ bleiben kann."

3. „Daß die vor der spezifischen Behandlung negative Reaktion nach einer energischen Behandlung mit Hg und Salvarsan positiv werden kann."

Hieraus folgt also, daß selbst bei negativem Wassermann, wenn die klinischen Symptome dafür sprechen, eine luetische Ätiologie in Betracht gezogen werden muß.

Verf. hat sein Material in der Marburger Augenklinik geprüft, wo die Wassermannsche Reaktion seit 1909 in Anwendung steht. Im Marburger hygienischen Institut des Prof. Bonhoff wurde bei 262 Fällen die Reaktion ausgeführt; davon reagierten 28,6% positiv, 71,4% negativ.

Das Ergebnis bei den einzelnen Krankheitsbildern der Augen ist folgendes:

Luetische Erkrankung der Augenlider 1 Fall; die Präaurikulardrüse war sehr stark geschwollen und schmerzhaft. Wassermann positiv (Tarsitis syphilitica).

Eine hervorragende Stellung nimmt die Wassermannsche Reaktion bei der Erforschung der Keratitis parenchymatosa ein. Es ist fast stets die Lues ätiologisch in Betracht zu ziehen, meist die hereditäre Lues, nur in ganz vereinzelten Fällen die akquirierte Lues. E. fand in 66% die Wassermannsche Reaktion positiv, verhältnismäßig eine geringe Zahl, wo andere 80—100% nachweisen konnten (Fleischer, Kümmel, Elchlepp, Igersheimer usw.). Verf. meint, in Marburg resp. Hessen sei die Lues weniger verbreitet als die Tuberkulose. Die spezifische Behandlung der Keratitis parenchymatosa hatte keinen unmittelbar nachweisbaren Erfolg.

Bei den Erkrankungen der Sklera war in allen Fällen die Wassermannsche Reaktion negativ.

Diese Reaktion spielt aber eine hervorragende Rolle bei der Iritis und Iridocyclitis; in den Marburger Fällen fiel sie nur in 14,3% positiv aus, wogegen bei anderen Statistiken ein Prozentsatz von 33 bis 50 bestimmt worden ist.

Interessant ist, daß bei Chorioiditis die Reaktion kaum in Betracht kam, also der ätiologische Faktor fast ausschließlich die Tuberkulose war, wogegen andere 20—60% Lues fanden.

Von Retinitis kamen 26 Fälle zur Beobachtung, nur bei einem Falle einer Retinitis pigmentosa war die Reaktion positiv, sonst immer negativ. In einem Falle von Thrombose der Vena centralis war die Wassermannsche Reaktion positiv, in drei anderen negativ. Dieser positive Ausfall bei Thrombosen der Vena centralis ist bisher selten beobachtet worden; durch die spezifische Therapie konnte nur eine geringe Besserung erzielt werden, sodaß es scheint, daß die Thrombose und Lues vielleicht doch nicht im Zusammenhange standen.

Bei den 30 Fällen von Neuritis nervi optici wurde 5 mal ein positiver Ausfall der Reaktion festgestellt. In 7 Fällen war eine Stauungspapille, in 12 das Bild der eigentlichen Neuritis nervi optici, in 10 Fällen das klinische Bild der Neuritis retrobulbaris nachweisbar. In den 7 Fällen von Stauungspapille war die Wa.R. 7 mal negativ (4 Fälle ein- und 3 Fälle doppelseitig). In 12 Fällen der eigentlichen Neuritis nervi optici (3 doppel-, 9 einseitig) war sie 3 mal positiv, bei den 10 Fällen von Neuritis retrobulbaris 2 mal positiv, also insgesamt in 16,6% war eine luetische Ätiologie anzunehmen.

Bei den 28 nach Wassermann untersuchten Fällen von Atrophia nervi optici war die Reaktion 5 mal positiv.

Augenmuskellähmungen kamen in 31 Fällen zur Untersuchung nach Wassermann. In 8 Fällen Parese des Oculomotorius, davon 4 mal positiver Ausfall der Reaktion. Von den 12 Abducensparesen hatten vier ein positives Ergebnis der Reaktion. 6 Fälle von Trochlearisparese wiesen sämtlich ein negatives Ergebnis auf. Ophthalmoplegien wurden in 5 Fällen nach Wassermann untersucht, darunter ein positiver Ausfall. Insgesamt ein positives Ergebnis in 48,3% der Fälle.

Das untersuchte Material der Marburger Klinik ist nicht groß — doch ist der positive Ausfall bedeutend geringer als bei anderen Statistiken, und Verf. erklärt dies mit der relativen Seltenheit der Lues bei einer ländlichen, seßhaften Bevölkerung. Ich glaube, er hat auch Recht, und das bewiesen zu haben dürfte das Hauptverdienst seiner Abhandlung sein.

Im Grunde genommen haftet aber an jeder derartigen Statistik der Fehler, daß die positive Wassermannsche Reaktion eben nur

die luetische Infektion des Organismus beweist und nicht immer die spezifische Ätiologie des Augenleidens. I. R. Thim (Wien).

Lesser, Fritz. Zur Serodiagnostik der Syphilis. Meinickes Reaktion. 2. Mitteilung. Deutsche med. Wochenschr. 1918. Nr. 42.

Mit der Meinickeschen Reaktion erreichte Lesser bei Untersuchungen syphilitischen Serums zuverlässige, den Ausfällen der Wa.R. gleichwertige Resultate. Das Verfahren ist etwa folgendes: 0,2 Patientenserum + 0,8 verdünntem Antigen (alkoholischer Fötalleber- oder Herzextrakt) über Nacht im Brutschrank 37°, wonach sich Ausflockung in den Röhrchen zeigen muß. Hinzufügen von 1 ccm Kochsalzlösung, 1 Stunde im Brutschrank. Ablesen des Resultats unter dem Agglutinoskop. Bei negativer Reaktion sind die Flocken verschwunden. Das Organ muß vor der Alkoholextraktion entwässert werden. Die Herzmuskelsubstanz muß zu Püree verarbeitet, dann mit absolutem Alkohol im Wasserbade unter Schütteln extrahiert oder bis zur Durchtränkung mit Alkohol übergossen werden, damit alle Herzen brauchbare Extrakte liefern. Max Joseph (Berlin).

Lesser, Fritz. Fortschritte in der Serodiagnostik der Syphilis (Meinickes und Sachs-Georgis Ausflockungsreaktionen). Berliner klin. Wochenschr. 1919. Nr. 10, p. 224.

Das Wesen der Meinicke-Reaktion (M.R.) ist ebenso strittig wie das der Wa.R. Man kann annehmen, daß es sich bei beiden um Bindung zwischen Eiweißkörpern des Syphilitikerserums und den Lipoiden des Organextraktes handelt, der bei der M.R. durch eine kochsalzbeständige Fällung zum Ausdruck kommt. Die Technik der M.R. ist einfach: 1. Zu 0,2 ccm Patientenserum, das bei 55° 15 Minuten inaktiviert wird, fügt man 0,8 ccm mit Aqu. dest. verdünnten alkohol. Fötalleber- oder Normalherzextrakt; nach Umschütteln über Nacht in den Brutschrank. Am nächsten Morgen zeigen Normal- wie Luessera Flockung. 2. Zu jedem Röhrchen fügt man 1 ccm NaCl-Lösung, deren Konzentration durch Vorversuche mit positiven, schwach positiven und negativen Seren so gewählt wird, daß die Flocken bei den negativen Seren sich auflösen, bei den positiven bleiben. 1 Stunde Brutschrank, dann Ablesung mittels Agglutinoskop. Bei richtiger Einstellung bleiben die Mengenverhältnisse fast konstant.

Bei mehr als 13 000 Fällen wurde gleichzeitig die M.R. angestellt: räumlich getrennt, von verschiedenen Laborantinnen, ohne Kenntnis der Krankengeschichte. In der Mehrzahl ergab sich völlige Übereinstimmung; vielfach aber auch graduelle Unterschiede, und zwar ausnahmslos bei Syphilitikern mit Primäraffekten oder in spezif. Behandlung. Auch direkt entgegengesetzte Ergebnisse zwischen M.R. und Wa.R. kommen vor.

Zwei Nachteile hat die M.R.: 1.2% der Sera — besonders icterische und hämolytische — flocken am Ende der 1. Phase nicht und können



daher nicht weiter untersucht werden. 2. Spinalflüssigkeiten flocken ebenfalls nicht.

Die Vorteile liegen in der Vereinfachung und der Konstanz der Ingredientien.

Noch einfacher ist die Technik der Sachs-Georgi-Ausflockungsreaktion (S.G.R.): 0,1 ccm Patientenserum + 0,9 ccm phys. NaCl-Lösung werden gemischt mit 0,5 ccm mit NaCl verdünntem cholesteriniertem Rinderherzextrakt. 2 Stunden Brutschrank, 18 bis 20 Stunden Zimmertemperatur, danach Ablesung im Agglutinoskop. Zur Kontrolle: Serumkontrolle mit 6fach verdünntem Alkohol, anstatt Extrakt und Extraktkontrolle mit 0,1 phys. NaCl anstatt Patientenserum.

2300 Fälle wurden gleichzeitig mit der S.G.R., M.R. und Wa.R. untersucht. 1500 Fälle wurden zusammengestellt. 1144 Fälle waren mit allen 3 Reaktionen negativ, darunter viel Tuberkulose, Fleckfieber und andere Fiebererkrankungen. Positiv reagierten 157, different 199 Fälle.

Unspezifizität der S.G.R. ließ sich in einer Reihe von Fällen nachweisen. Unter 42 Fällen von Ulc. mollia, die klinisch, anamnestisch und mikroskopisch keine Luessymptome hatten, reagierten 31 bei allen 3 Reaktionen negativ, bei 11 waren Wa.R. und M.R. negativ, S.G.R. positiv; nach dem Abheilen des Ulc. moll. wurde auch S.G.R. negativ. Die Unspezifizität der S.G.R. vermehrt sich, wenn man nach Mandelbaum die Seren erst nach der Verdünnung mit NaCl inaktiviert.

Die Einheitigkeit der Reaktion, die S. und G. für vorteilhaft halten, ist nach Lesser ein Nachteil, da man durch die Einseitigkeit die Sera erkennt, die an sich nicht flocken. Vielleicht erklärt sich dadurch der Umstand, daß 3 Fälle von Roseola, bei denen Wa.R. und M.R. positiv waren, negative S.G.R. hatten.

Einmaliger positiver Ausfall mit einem Extrakt bei einer der 3 Reaktionen berechtigt nicht, den Fall als positiv zu bezeichnen; ist aber ein Serum bei zweimaliger Prüfung — wenn auch nur mit 1 Extrakt — entweder nur bei Wa.R. oder nur bei M.R. positiv, so bezeichnet L. den Fall als positiv; ist aber S.G.R. — auch wiederholt — positiv, M.R. und Wa.R. aber negativ, so nimmt L. nicht Syphilis an, da die S.G.R. noch nicht so durchgearbeitet ist, daß man auf ihr allein fußen kann. Die große Zahl der Übereinstimmungen lehrt aber, daß sie nicht abgelehnt werden darf.

Die M.R. ist bei Übung durchaus zuverlässig, was zu begrüßen ist, wo Meerschweinchen fehlen (Tropen). Ist die Wa.R. durchführbar, so soll sie den Grundpfeiler der Seradiagnostik bilden. Jedoch wird es genügen, sie mit nur 2 Extrakten auszuführen, wenn daneben die M.R. oder auch noch die S.G.R. angestellt wird. Werden alle drei Reaktionen ausgeführt, so müssen auch die Ergebnisse getrennt abgegeben, nicht etwa die Bilanz gezogen werden. Krakauer (Breslau).

Gärtner, W. Die Brucksche und Wassermannsche Reaktion in den einzelnen Stadien der Syphilis und unter dem Einfluß der Behandlung. Centralbl. f. Bakt. u. Parasitenk. Bd. LXXXII, p. 337.

Im frühprimären Stadium und bei frischen Sekundärfällen zeigen beide Reaktionen weitgehendste Übereinstimmung. In den späteren Stadien der Erkrankung ist die Br.R. häufiger negativ als die Wa.R. Die Br.R. wird im allgemeinen später positiv als die Wa.R., bleibt es dafür während der Behandlung länger. Bei verschiedenen Hauterkrankungen, besonders Lupus, Furunkulose, Impetigo findet sich oft Br.R. bei negativer Wa.R. Der Autor ist daher der Ansicht, daß die Br.R. in Beziehung zu infiltrativen Prozessen steht. Eine Scheidung zwischen spezifischer und unspezifischer Br.R. ist zur Zeit noch nicht möglich. Walter Pick (Wien).

Meuhngracht. Wassermann-Reaktionen der Abteilung B des Reichshospitals zu Kopenhagen im Jahre 1917—1918. Ugeskrift for Läger 1919. Nr. 7.

Alle Patienten wurden untersucht. Die Prozentzahl der positiven Reaktionen war 4. Harald Boas (Kopenhagen).

Meinicke. Zur Chemie der serologischen Luesreaktionen. Bemerkungen zu der Arbeit von Herzfeld und Klinger in Nr. 46 der Münch. med. Wochenschr. 1917. Münch. med. Wochenschr. 1917. Nr. 51, p. 1644.

Das Wesentliche im Luetikerserum ist nicht die erhöhte Fällbarkeit der Globuline, sondern das Auftreten chemisch neuartiger Stoffe, die unabhängig von ihrer chemischen Fällbarkeit eine besondere Affinität zu Extraktlipoiden besitzen. Derartige Stoffe weisen im allgemeinen nur die Sera der Luetiker auf.

Alfred Perutz (Wien).

Täge. Quantitativer Wassermann. Münch. med. Wochenschr. 1917. Nr. 47. p. 1523.

Mit Hilfe des Colorimeters von Authenrieth und Koenigsberger läßt sich quantitativ die gelöste Blutkörperchenmenge angeben. Alfred Perutz (Wien).

Marmann. Beiträge zu den serochemischen Syphilisuntersuchungen nach Bruck. Münch. med. Wochenschr. 1917. Nr. 46. p. 1487.

In der Praxis sind diese Methoden diagnostisch nicht verwertbar, da sie bei Lues Versager und bei nichtluetischen Erkrankungen positive Resultate liefern. Alfred Perutz (Wien).

Herzfeld und *Klinger*. Zur Chemie der serologischen Luesreaktion. Münch. med. Wochenschr. 1917. Nr. 46. p. 1486.

Den Ausflockungsreaktionen ist der Nachweis stark labiler Globuline im luetischen Serum gemeinsam. Die pathologische Veränderung des Blutes ist hierbei nicht eine qualitative, sondern eine quantitative, um eine Vermehrung derjenigen Eiweißteilchen, welche



sich durch ihre niedrige Dispersität und die geringe Löslichkeit ihrer Oberflächen auszeichnen und daher fällenden Eingriffen gegenüber besonders empfindlich sind. Alfred Perutz (Wien).

Meinicke. Weitere serochemische Untersuchungen bei Syphilis. Bemerkungen zur Arbeit von C. Bruck in Nr. 35 und 36 der Münch. med. Wochenschr. 1917. Münch. med. Wochenschr. 1917. Nr. 45. p. 1464.

Im Original nachzulesen. Alfred Perutz (Wien).

Sachs. Zur serodiagnostischen Bedeutung der Globulinveränderungen (insbesondere bei Syphilis). Münch. med. Wochenschr. 1917. Nr. 45. p. 1462.

Die Wassermannsche Reaktion beruht auf einer Globulinveränderung bestimmten Grades, für die in dem einen Falle die Extraktwirkung, in dem anderen Falle die spezifische Antigen-Antikörperreaktion das physikalisch aufschließende Moment bildet.

Alfred Perutz (Wien).

Bontemps. Eine einfache und Meerschweinchen ersparende Methode zur Komplementgewinnung. Münch. med. Wochenschr. 1917. Nr. 41. p. 1328.

Gewinnung des Blutes aus der Ohrvene mittels Glassaugkolben, der an einer Wasserstrahlluftpumpe armiert ist.

Alfred Perutz (Wien).

Blanck. Die Originalmethode der Wassermannschen Reaktion und die quantitative Methode nach Kaup. Münch. med. Wochenschr. 1917. Nr. 41. p. 1324.

Die Original-Wassermann-Methode ist nicht befähigt, für die klinische Diagnostik das zu geben, was mit der Kaupschen Modifikation erreicht wird. Alfred Perutz (Wien).

Saalfeld. Ein Beitrag zur Syphilisdiagnose. Münch. med. Wochenschr. 1917. Nr. 37. p. 1203.

Bei allen Erkrankungen, die nicht ganz klar sind, ist die Wassermannsche Reaktion auszuführen. Ein erstmaliges negatives Resultat spricht nicht gegen Syphilis. Alfred Perutz (Wien).

Bruck. Weitere serochemische Untersuchungen bei Syphilis. Münch. med. Wochenschr. 1917. Nr. 35/36. p. 1129 und 1166.

Durch den Prozeß der Inaktivierung wird eine im frischen Serum enthaltene Säure abgeschwächt bzw. verflüssigt (Fettsäure?). Halbstündig inaktiviertes Serum zeigt noch etwa die Hälfte des ehemaligen Säuregehaltes, einstündig inaktiviertes reagiert alkalisch.

Alfred Perutz (Wien).

Kaup. Zur Frage der Zuverlässigkeit der Wassermannschen Reaktion. Münch. med. Wochenschr. 1917. Nr. 34. p. 1099.

Trotz sorgfältigster Beobachtung der Vorschriften der Wassermannschen Originalmethode wurden bei Kontrolluntersuchungen an



verschiedenen Untersuchungsstellen in einem erheblichen Prozentsatz der Fälle widersprechende Resultate erhalten, sowohl bei Verwendung der gleichen Extrakte und Immunsera, als auch wenn staatlich geprüfte Agenzien verwendet wurden. Dagegen wurde eine ähnliche große Übereinstimmung zwischen den verschiedenen Resultaten wie in der Wassermannschen Kontrollreihe beim Arbeiten nach der Originalvorschrift erzielt, als von Beobachtern dasselbe Aktivserum trotz Verschiedenheit des hämolytischen Serums und des Extraktes verwendet wurde. Die Originalmethode zeigt klinisch sichere Luesfälle, namentlich Lues latens, zumeist nicht an. Die quantitative Methode nach Kaup beruht auf Gesetzmäßigkeiten zwischen hämolytischen Antiserum und Aktivserum, auf genauer Kenntnis der Wirksamkeit der Extrakte und der Patientensera. Alfred Perutz (Wien).

Stümpke. Über die Notwendigkeit wiederholter Wassermannreaktionen in der Prostituiertenbehandlung. Münch. med. Wochenschr. 1917. Nr. 10. p. 315.

Die Wassermannsche Reaktion ist möglichst häufig, auch bei seronegativen Fällen, bei der Prostituiertenbehandlung zu wiederholen. Alfred Perutz (Wien).

Müller, Rudolf. Über Brucks neue „serochemische Reaktion bei Syphilis". Münch. med. Wochenschr. 1917. Nr. 9. Feldärztl. Beil. p. 140.

Die Brucksche Reaktion kommt häufig bei Nichtluetikern (Tuberkulosen) vor, andererseits fehlt sie bei Luetikern.
Alfred Perutz (Wien).

Weichbrodt. Zur serochemischen Reaktion bei Syphilis nach Bruck. Münch. med. Wochenschr. 1917. Nr. 8. Feldärztl. Beil. p. 125.

Die Brucksche Reaktion erwies sich als nicht brauchbar.
Alfred Perutz (Wien).

Kämmerer. Bemerkungen über das Wesen der Bruckschen serochemischen Syphilisreaktion. Münch. med. Wochenschr. 1917. Feldärztl. Beil. p. 124.

Die positive Brucksche Reaktion zeigt ähnlich wie die Klausnersche eine Globulinvermehrung resp. leichtere Fällbarkeit der Globuline überhaupt an, während das Ergebnis der Wassermannschen Reaktion an eine bestimmte Qualität dieser Globuline gebunden ist.
Alfred Perutz (Wien).

Schmitz. Über die Brucksche serochemische Reaktion bei Syphilis. Münch. med. Wochenschr. 1917. Nr. 7. p. 211.

An 160 Seren untersucht läßt die Brucksche Reaktion die notwendige Zuverlässigkeit vermissen und kann zur praktischen Verwertung einstweilen noch nicht in Frage kommen.
Alfred Perutz (Wien).

Kaup und *Kretschmer.* Kritik der Methodik der Wassermannschen Reaktion und neue Vorschläge für die quan-



titative Messung der Komplementbindung. Münch. med. Wochenschr. 1917. Nr. 5. Feldärztl. Beil. p. 70.

Als leitender Gesichtspunkt für die modifizierte Wassermannsche Reaktion gilt, daß ein Komplementminimum (Komplementeinheit) als Grundlage der Komplementbindung dient. Die Verwendung des Komplementminimums als Komplementeinheit gestattet ebenso die Feststellung von Spuren einer Komplementbindung, wie die quantitative Bestimmung des Gesamtverbrauches an Komplement.

Alfred Perutz (Wien).

Bruck, Carl. Eine serochemische Reaktion bei Syphilis. Münch. med. Wochenschr. 1917. Nr. 1. Feldärztl. Beil. p. 1.

Von der Beobachtung ausgehend, daß bei einer gewissen Verdünnung das gesamte Säurealbuminat des Normalserums sich in Wasser löst, während bei derselben Verdünnung noch ein Teil des Säurealbuminates des Luesserums ungelöst bleibt, wird eine serochemische Luesreaktion angegeben, deren Technik im Original nachzulesen ist. Alfred Perutz (Wien).

Bittorf. Auftreten Wassermannscher Reaktion bei Fleckfieber. Münch. med. Wochenschr. 1916. Nr. 46. Feldärztl. Beil. p. 750.

Auf der Höhe der Quecksilbererkrankung war die Wassermannsche Reaktion positiv, während sie in der Rekonvaleszenz negativ war. Alfred Perutz (Wien).

Reinhardt und *Öller*. Hamsterkomplement an Stelle von Meerschweinchenkomplement bei der Wassermannschen Luesreaktion. Münch. med. Wochenschr. 1916. Nr. 39. Feldärztl. Beil. p. 627.

Da eine größere Zahl menschlicher Seren sicher kontrollierte Resultate mit Hamsterkomplement bei der Wassermannschen Reaktion gab, kann dieses Komplement als Ersatz für Meerschweinchenkomplement empfohlen werden. Alfred Perutz (Wien).

Vagedes, von und *Korbsch*. Die Serumreaktion auf Syphilis nach Meinicke. Deutsche med. Wochenschr. 1918. Nr. 51.

Obgleich die Wa.R. als Grundlage der serologischen Syphilisdiagnose den bedeutendsten Platz einnimmt, sehen von Vagedes und Korbsch auch in der M.R. ein dankenswertes diagnostisches Hilfsmittel. Tritt dieselbe deutlich ausgeprägt auf, so ist sie spezifisch für Syphilis, kann zur Bestätigung und Ergänzung der Wa.R. dienen und bei Mangel an Meerschweinchen dieselbe ersetzen. Hingegen macht sie die Wa.R. nicht entbehrlich, da stark getrübte oder stark hämolytische Blutproben, sowie Proben von Rückenmarkflüssigkeit sich nicht für die Meinickesche Untersuchungsmethode eignen.

Max Joseph (Berlin).

Mahlo, Arthur. Kritik der Mandelbaumschen Veränderung der Wa.R. Deutsche med. Wochenschr. 1918. Nr. 49.

Mahlo hält es zwar für zweckmäßig, die Mandelbaumsche

Änderung der Wa.R., Inaktivierung des Serums in einer Mischung von 0,5 Serum und 2 ccm physiologischer Kochsalzlösung, bei Eigenhemmung anzuwenden, doch sieht er darin kein sicheres Mittel gegen die Eigenhemmung Max Joseph (Berlin).

Georgi, W. Aus Praxis und Theorie der Wassermannschen Reaktion. Deutsche med. Wochenschr. 1918. Nr. 49.

Um Schwierigkeiten der Beurteilung zu begegnen hält es Georgi sowohl nach klinischen Erfahrungen wie theoretischen Erwägungen für nötig, mit einer Mehrzahl von Extrakten und drei absteigenden Dosen die Wa.R. auszuführen. Wegen der Cholesterinierung bevorzugt Verf. die Extrakte aus Rinderherzen, während er bei Meerschweinchenherzen einen störenden Einfluß der Fäulnis beobachtete. Besonders wichtig ist die Beschaffenheit des hämolytischen Systems. Die oft schwankende Beeinflussung des Meerschweinchenserums durch den Extrakt muß vor der Untersuchung festgestellt werden. Am sichersten erschien das Arbeiten mit 2 Komplementdosen in 2 Serien. Bei Massenuntersuchungen wurden aus Sparsamkeit die Mengen auf den 4. Teil der ursprünglich verwendeten Dosen herabgesetzt, ohne daß das Ergebnis hierdurch beeinflußt wurde. Die Ausführung der Wa.R. erfolgte im Brutschrank, wo bei wirksamen Amboceptoren und Komplementen die Hämolyse rasch eintrat.

Max Joseph (Berlin).

Meinicke, E. Zur Theorie und Methodik der serologischen Luesdiagnostik. Deutsche med. Wochenschr. 1919. Nr. 7.

Die physikalische Änderung der Globuline bei den kolloidalen Reaktionen besteht nach Meinickes Versuchen in einer durch Ionenwanderung bedingten Abgabe von locker gebundenem Kochsalz. Diese Globulinlösung stellt den Indicator der M.R. dar. Neuere Versuche ergaben, daß die positiven und negativen Sera sich nur graduell nicht absolut verschieden verhalten in ihrer Reaktion mit Extraktkolloiden. Die Serumglobuline der positiven Sera bedürfen zum Flockungsoptimum eines höheren Salzgehalts der Reaktionsflüssigkeit als die negativen. Ein Vorteil der zweizeitigen Meinickeschen Methode besteht darin, daß die Reagenzien genau auf die Schwankungen des Systems eingestellt werden können. Von Wichtigkeit ist, daß Hämolyse, Abbau und ähnliche Eigenschaften der Sera sowie der Zusatz bestimmter Stoffe zum System die drei Indicatoren der Luesreaktionen qualitativ und quantitativ beeinflussen können. Bei Immunitätsreaktionen z. B. bei Rotz tritt der Vorteil verschiedener, gleichzeitig verwendeter Indicatoren noch mehr hervor. Die M.R. ermöglicht es, die Fehlerquelle der verschiedenen chemischen Fällbarkeit der Serumglobuline auszuschalten oder doch einzuschränken und gibt jedenfalls die Grundlage zu einem systematischen Weiterarbeiten auf dem Gebiet der serologischen Luesdiagnostik.

Max Joseph (Berlin).

Reich, J. Die Fällungsreaktionen zur Syphilisdiagnose nach Meinicke und nach Sachs und Georgi. Deutsche med. Wochenschr. 1919. Nr. 7.

Reich sieht in der Sachs-Georgischen Reaktion den größten bisher erreichten Fortschritt in der Vereinfachung der Syphilisreaktionen. Sie ist einfacher und dennoch gleichwertig wie die Wa.R. und besteht darin, daß das inaktivierte Patientenserum und das Antigen in einer bestimmten Verdünnung vermischt werden. Der Extrakt muß eine genau ausprobierte Menge von Cholesterinzusatz enthalten. Max Joseph (Berlin).

Meinicke, E. Die Lipoidbindungsreaktion. Zeitschr. f. Immunitätsf. Bd. XXVIII. H. 3—5.

Die frühere Auffassung M.s, daß den Vorgängen der „Lipoidbindungsreaktion" eine Bindung von Extraktlipoiden und Serumglobulinen zugrunde läge, wird auf Grund neuerer Versuche mit dieser Reaktion aufgegeben.

Die neu aufgestellte Hypothese wird in folgende Sätze gefaßt: Bei der Reaktion zwischen Serum und Extrakt stören die Extraktkolloide das Kochsalzgleichgewicht der Serumglobuline im Sinne einer Kochsalzentziehung. Diese Reaktion verläuft bei den positiven Seren intensiver als bei den negativen. Als Folge dieser Einwirkung treten bei der Lipoidbindungsmethode kochsalzbeständige Flocken auf, bei der Wassermannschen Reaktion wird Komplement verankert.

Praktisch und theoretisch läßt sich die Lipoidreaktion als Immunitätsreaktion auffassen.

Die neue Hypothese wird an den Vorgängen der Präcipitation, Agglutination, Anaphylaxie, Hämolyse, Bakteriolyse und Komplementbindung erörtert.

Beim sog. Inaktivieren der Sera ändert sich die Reaktionsfähigkeit der Serumglobuline in doppelter Weise; sie werden schwerer aus dem Kochsalzgleichgewicht gebracht. Die Salzentziehung wirkt aber eingreifender auf das Eiweißmolekül ein als bei aktiven Seren. Der Grund dieses Verhaltens wird in einer festeren Bindung des Salzes beim Inaktivieren der Sera gesehen. Marg. Stern (Breslau).

Thaysen, Hess. Das Resultat der Wassermannuntersuchungen im Jahre 1. IV 1917 bis 1. II 1918. Hospitalstidende 1919. Nr. 28. p. 825—837.

738 Patienten aus dem „St. Johannes Stiftelse" wurden untersucht. Eine „Syphilis ignorée" wurde bis 4,9% gefunden. Unter diesen Patienten haben 4 die syphilitische Infektion in 45 Jahren gehabt ohne nachweisbare klinische Symptome! Harald Boas (Kopenhagen).

Scheel, Victor. Die Klinik der Influenza. Ugeskrift for Läger 1919. Nr. 15. p. 627—647.

Unter anderem hat Verf. auch das Verhältnis der Wassermannschen Reaktion untersucht. 100 Influenzafälle reagierten alle negativ. Harald Boas (Kopenhagen).



Stephan, R. Der klinische Wert der serochemischen Syphilisreaktion nach Bruck. Zentralbl. f. inn. Med. Jg. XXXVIII. p. 265. 1917.

Auf Grund der Untersuchung der Sera von 268 Patienten der Strümpellschen Klinik mit der Wassermannschen Originalmethode und der Bruckschen Reaktion gelangt St. zu dem Schlusse, daß der Ausfall der Bruckschen Reaktion für den Nachweis der luetischen Infektion — gleichgültig welchen Stadiums — ohne jede Bedeutung ist, daß also aus dem Nachweis einer Eiweißkuppe im Bruckversuch niemals der Rückschluß erlaubt ist, daß es sich um ein luetisches Serum gehandelt habe. P.

Oetiker, E. Erfahrungen mit der Langeschen Goldsolreaktion im Liquor cerebrospinalis. Zeitschr. f. klin. Med. Bd. LXXXII. p. 235. 1916.

Bei der Untersuchung des Liquors zahlreicher Gesunder und Nervenkranker mit der Langeschen Goldsolreaktion an Stähelins Klinik, wobei sich ihm Erwärmen nur bis 90° und Zusatz von 12 ccm einer 2 proz. Pottaschelösung bei der Herstellung der Goldlösung als das Beste erwies, fand Oe. bei luetischen Affektionen des zentralen Nervensystems fast immer eine stark positive Goldreaktion; das Maximum der Ausflockung war stets bei den schwächern Verdünnungen vorhanden. Bei Meningitis fiel die Goldreaktion jedesmal deutlich positiv aus, der stärkste Grad der Ausfällung fand sich stets bei den stärkeren Verdünnungen. Die Liquores der übrigen Affektionen des Zentralnervensystems ergaben inkonstante Resultate und die erhaltenen Ausflockungskurven verliefen atypisch. Normale Liquores lassen die kolloidale Goldlösung nur in den seltensten Fällen unverändert, meistens tritt eine leichte Farbenänderung in den ersten Verdünnungen auf und bisweilen ist die Ausflockung eine hochgradige, so daß für die Bewertung des Reaktionsausfalles große Vorsicht am Platze ist. P.

Hauptmann, Alfred. Zur Bewertung der Nonneschen Phase-I-Reaktion. Dtsch. Zeitschr. f. Nervenheilk. Bd. LV. p. 165. 1916.

Gegenüber Angaben, wonach die Phase-I-Reaktion nach Nonne im Liquor cerebrospinalis auch bei nichtorganischen Nervenkrankheiten mit allgemeinen funktionell-nervösen Beschwerden vorkomme (Herrenschneider-Gumprich) und denen von Edel und Piotrowski, welche in einer Reihe von Fällen bei positier Wa.R. im Liquor negativen Ausfall von Wa.R. im Blut und Pleocytose und Phase I im Liquor fanden, wonach die serologische Liquoruntersuchung für die Frühdiagnose der Paralyse den höheren Wert besitzen würde, kommt H. auf Grund von Untersuchungen an der Freiburger Nervenklinik zu dem Ergebnisse, daß das Vorkommen von Phase I-Reaktion bei nichtorganischen Krankheiten bisher nicht bewiesen sei und die bei metasyphilitischen Cerebrospinalleiden zuerst





auftretende pathologische Liquorveränderung nicht die Wassermannreaktion, sondern die Nonnesche Phase-I-Reaktion (evtl. in Verbindung mit Pleocytose) ist. P.

Werther. Über Liquoruntersuchungen und Liquorbehandlungen bei Syphilitischen. Dtsch. Zeitschr. f. Nervenheilk. Bd. LVII. p. 61. 1917.

Auf Grund der Ergebnisse von mehreren Hundert an Syphilitischen aller Stadien vorgenommenen Lumbalpunktionen werden die Anhaltspunkte besprochen, welche die verschiedenen am Liquor vorgenommenen Untersuchungen für die Beurteilung der Luesfälle und der jeweiligen Therapie liefern. Im Anschlusse an Gennerich tritt W. für Ansteigen mit den Salvarsandosen und baldige Wiederholung der Salvarsankur ein, sowie für Liquorkontrolle am Ende des Frühstadiums, etwa im dritten Infektionsjahre, bei jedem Syphilitiker. Die Mastixreaktion tritt früher und im Frühstadium häufiger als die Phase I auf, bei Paralyse war sie in 100% posisiv, bei Tabes in 73%. In 27 Fällen wurden intralumbale Einspritzungen von Salvarsanserum (Swift und Ellis) oder Salvarsannatrium in Liquor gelöst (Gennerich) gemacht und W. erklärt sich von der Berechtigung und Unschädlichkeit der Methode überzeugt, deren Hauptgebiet die Frühsyphilis der Meningen ist. Allerdings sah er in 2 Fällen bei Tabikern danach nervöse Symptome, so daß er zu noch kleineren Anfangsdosen als sie Gennerich empfahl, rät. P.

Eskuchen, Karl. Die Kolloidreaktionen des Liquor cerebrospinalis. Dtsch. Zeitschr. f. Nervenheilk. Bd. LXIII. p. 1. 1918.

Eingehende Besprechung der in letzter Zeit für die Diagnose der cerebrospinalen Lues so wichtig gewordenen Ausflockungsreaktionen. Es werden Technik, Ausführung, Empfindlichkeit der Goldreaktion, der Mastix- und der Berlinerblau-Reaktion besprochen und untereinander verglichen, wobei sich folgendes ergibt:

1. Die Herstellung brauchbarer Kolloidlösungen zeigt keine so erheblichen Unterschiede (Zeit, Mühe), als daß sie die Bevorzugung der Mastix-R. vor der Gold-R. irgendwie rechtfertigte.

2. Die Ausführung der Reaktion gestaltet sich in jedem Fall gleich einfach.

3. Bei der Ablesung des Resultats ist die Beurteilung der Farbunterschiede (Gold-R.) zum mindesten nicht schwerer als die der Fällungsgrade (Mastix-R.). Das subjektive Moment wird auch im zweiten Fall keineswegs ausgeschaltet.

4. Beide Kolloidreaktionen zeichnen sich durch einen hohen Empfindlichkeitsgrad aus und übertreffen darin die anderen Liquorreaktionen. Glatte Versager sind bei der Gold-R. noch seltener als bei der Mastix-R.

5. Die Spezifität der „typischen" Kurven ist bei der Gold-R. weniger relativ als bei der Mastix-R.; zur Differentialdiagnose der

luischen Erkrankungen des Zentralnervensystems gegeneinander ist höchstens die Gold-R. brauchbar. Fehlresultate sind bei der Mastix-R. entschieden häufiger.

6. Die Berlinerblau-R. zeigt sich in den ersten 3 Punkten den beiden anderen Kolloidreaktionen erheblich überlegen. Eine ernsthafte Konkurrenz von ihrer Seite kommt jedoch nicht in Betracht, da sie eine rein quantitative Reaktion darstellt.

Weiters erklärt Eskuchen, daß die Gold-R. die empfindlichste und die zuverlässigste der Kolloidreaktionen ist, daß nach den vorliegenden Untersuchungsergebnissen die Mastix-R. in ihrer jetzigen Gestalt nicht der Gold-R. ebenbürtig ist und daß die 4 Reaktionen unbedingt der Erhöhung auf „5 Reaktionen" durch Aufnahme der leistungsfähigsten Kolloidreaktion bedürfen. P.

II. Symptomatologie.

Strauss, H. Über subakute Leberatrophie mit Ascites. Berl. klin. Wochenschr. 1920. p. 583.

Die Diagnose wurde intra vitam gestellt bei einem 25jährigen Mann aus gesunder Familie. $4^1/_2$ Mon. zuvor wurde bei ihm Lues mit Wa.R. + festgestellt, dabei Neosalvarsankur mit 1,8 g Neosalv., dauernd Wa.R. +, darauf 1 Kalomelspritze, $2^1/_2$ Monate nach der Salvarsankur Mattigkeit, Schwindel, Aufstoßen, Appetitlosigkeit, Gelbsucht. Später Anschwellung an Leib und Beinen, Schmerzen. Temp. 38,3. Freier Ascites. Im Urin Gallenfarbstoff, Urobilin, Uribdinogen, etwas Eiweiß, granulierte und hyaline Cylinder, aber kein Leucin und Tyrosin. Die Erscheinungen nahmen zu, zweimal Ascitespunktion mit Entleerung von 8 bzw. $7^1/_2$ l. Röntgenologisch zeigten sich an der Leberoberfläche zahlreiche Höcker, Leberrand scharf. Trotz Hg- und JK. zunehmende Kachexie, Sopor, Tod. Sofortige Sektion ergibt vergrößerte Leber mit zahlreichen Knoten, dazwischen eingesunkenes Lebergewebe, das sich scharf abhebt. Konsistenz derb. Gallengänge und Papille frei. Mikroskopisch frische Bindegewebswucherung mit Blutungen und kleinzelliger Infiltration, in die Leberläppchen eindringend; Gallenthromben. Keine luetischen Veränderungen. In den Lungen einige tuberkulöse Herde, auch in der Leber ein Tuberkel. Die Diagnose ergab sich aus dem klinischen Verlauf (Fieber, Schmerzen, Hinfälligkeit; höckrige Leber und Ascites); ferner da ein Frühstadium der Lues vorlag. Wie in anderen Fällen war eine Salvarsankur vorangegangen, die also nicht vor dieser Komp'ikation schützt; aber auch nicht als Noxe in Betracht kommt, da akut Leberatrophie auch bei nicht behandelten Luetikern beobachtet wird. Die makro- und mikroskopische Beschaffenheit der Leber stützt vielleicht die Annahme, daß man die subcutane Leberatrophie als eine Art Brücke zwischen akuter Leberatrophie und Lebercirrhose ansehen darf. Krakauer (Breslau).



Hoffstetter, Hans. Reinfektion mit Syphilis. Med. Klin. 1918. Nr. 51. p. 1254.

Hoffstetter berichtet über einen Fall von Reinfektion mit Syphilis, der die Hellschen Bedingungen völlig erfüllt. Juliusberg.

Pártos, A. Über einen Fall von Reinfektio syphilitica. Wien. klin. Wochenschr. 1918. Nr. 23.

Pártos beobachtete bei einem abortiv behandelten Syphilitiker des Primärstadiums, bei dem die Lues zum Abheilen gebracht wurde, nach einem halben Jahre eine zweite Luesinfektion, die allen Forderungen Müllers im serologischen und klinischen Sinne entsprach.

Viktor Bandler (Prag).

Levin, Ernst. Abortivheilung der Syphilis - Reinfektion. Med. Klin. 1917. Nr. 27. p. 736.

Levins Patient kam mit einem seit 14 Tagen bestehendem Primäraffekt der Unterlippe (positiver Spirochätenbefund nach Burri und Fontana) zur Behandlung. Keine Allgemeinerscheinungen, keine Drüsenschwellungen. Er erhält eine kombinierte Kur, bestehend aus 12 Einspritzungen mit Hg. salicyl. (mit im ganzen 0,65 Hg), 10 Einreibungen von je 4 g grauer Salbe und 5 intravenösen Neosalvarsaneinspritzungen (mit zusammen 2,7). 6 Monate später war die Wa.R. negativ. Auch eine etwa 2 Jahre später vorgenommene Wassermannreaktion fiel negativ aus. Kurze Zeit nachher trat ein genitaler Primäraffekt mit Spirochätenbefundauf.

Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Perutz, A. Über die Gesetzmäßigkeit in der Lokalisation der sekundären Frühsyphilis. Wien. klin. Wochenschr. 1918. Nr. 20.

Die Gesetzmäßigkeit des Auftretens syphilitischer Frühmanifestationen an gewissen Organen ist durch eine Eigenschaft der Spirochäten bedingt, die Perutz als Aktodermotropismus bezeichnen möchte. Diese Eigenschaft der Spirochäte dokumentiert sich darin, daß sie bei der ersten Aussaat vorzugsweise die Organe, die aus dem äußeren Keimblatte stammen, befällt. Durch einen Fall von papulösem Frühsyphilid, der außerdem einen Naevus vasculosus hatte, bei dem aber der Naevus frei von luetischen Erscheinungen war, würde diese Theorie eine Bestätigung finden. Viktor Bandler (Prag).

Königstein, H. Bedeutung der Konstitution für den Verlauf der Syphilis. Wien. klin. Wochenschr. 1918. Nr. 39.

Die Untersuchungen des Autors gehen darauf aus, Momente festzustellen, welche die Verlaufsform der Syphilis bestimmen und Anhaltspunkte zu finden, um eine von den Variorsarten des syphilitischen Prozesses vorauszusagen. Bei dem Zustandekommen einer Infektion ist neben der obligaten Ursache dem unentbehrlichen ektogenen Faktor auch ein endogener, nämlich die Krankheitsbereitschaft und Reaktionsfähigkeit des Organismus auf äußere Einwirkungen zu berücksichtigen. Beim ektogenen Faktor kommt in Betracht



die Abart, Virulenz, Menge und Arzneifestigkeit der Spirochäten. Die Krankheitsbereitschaft kann in der Gesamtkonstitution oder in der Konstitution der Organe liegen. Es gibt bei der Syphiliserkrankung bestimmte Prädilektionsstellen, Erkrankungen von Organsystemen und paarigen Organen. Beim Menschen besteht ferner eine gegensätzliche Empfänglichkeit der Haut und der inneren Organe für die Syphilisinfektion, die leichte Lues ist die Lues nervosa, diese führt selten zu Gummen. Das Alter spielt bei der Syphilisinfektion eine Rolle, ebenso die Kondition, Beeinflussung des Verlaufes durch Malaria, Tuberkulose, Alkoholismus usw.

Bei den eigenen Untersuchungen teilte Königstein die Luetiker nach dem Muskeltonus in Normaltoniker, Hypotoniker und Hypertoniker ein. Die primären papulosen Exantheme traten unter den Hypotonikern (8,9%) mehr als dreimal so häufig wie unter den Hypertonikern auf; unter den Normaltonikern fand Königstein in 4,1%, unter den Hypotonikern in 7,4% gummöse Prozesse. Luetiker mit weiblichen Zügen haben eine besondere Vorliebe für Alopecie (31,8 : 18,4 Durchschnitt) und Leukodermie. Die Hypotoniker mit papulösen Exanthemen wiesen einen höheren Prozentsatz positiver Resultate in der Spinalflüssigkeit auf (29,6%) als die Normaltoniker (9%). Bei den mittleren Jahrgängen (22—42 Jahre) ergab die Untersuchung der Cerebrospinalflüssigkeit mehr positive Befunde als bei den jüngsten und ältesten Altersklassen; dasselbe Resultat, mehr positive Befunde, zeigen die Potatoren. Die Tuberkulosen werden häufiger von gummösen Prozessen befallen. Es zeigt sich bei diesen Untersuchungen, daß bei Behandlung der Krankheit vornehmlich der Kranke in seiner Eigenart zu berücksichtigen ist.

Viktor Bandler (Prag).

Fischer, Walter und Chen *Pan Nien*. Das Verhalten des Blutes bei Lues im Sekundärstadium. Berl. klin. Wochenschr. 1919. Nr. 38. p. 891.

Nur ganz unbedeutende Abweichungen von der Norm, die im Laufe der Zeit auch noch schwanken; auch war nicht sicher, ob die Befunde überhaupt auf die Lues oder auf die Behandlung zurückzuführen waren. Krakauer (Breslau).

Stümke. Über syphilitische Gelenkentzündungen. Münch. med. Wochenschr. 1918. Nr. 35. p. 968.

Eine akut einsetzende Entzündung zweier Gelenke bei gleichzeitig vorhandenem gonorrhoischen Fluor wurde zunächst als gonorrhoische Arthritis erfolglos behandelt. Nach Klarstellung der serologischen Verhältnisse (positive Wassermannsche Reaktion) Einleitung einer antisyphilitischen Kur, die zu Heilung führte.

Alfred Perutz (Wien).

v. Düring. Erfahrungen in Kleinasien über endemische Syphilis. Münch. med. Wochenschr. 1918. Nr. 36. p. 1000.

Im Original nachzulesen. Alfred Perutz (Wien).



Rössle. Über die Lungensyphilis der Erwachsenen. Münch. med. Wochenschr. 1918. Nr. 36. p. 992.

Im Original nachzulesen. Alfred Perutz (Wien).

Kayer, Curt. Über den gegenwärtigen Stand unserer Kenntnis von der Lungensyphilis der Erwachsenen. Berl. klin. Wochenschr. 1919. Nr. 31. p. 783.

Die Lungenlues ist häufiger als bisher vermutet. Anamnese, andere luetische Erscheinungen, subakuter bis chronischer Verlauf mit gelegentlicher Haemoptoe, charakteristischer physikalischer Befund — Verdichtung meist im Mittellappen, meist Freibleiben der Spitzen —, positive Wa.R., Fehlen von Tb., charakteristisches Röntgenbild und Erfolg der spezifischen Behandlung führen zur Diagnose.

Krakauer (Breslau).

Nikolai, Ernst. Die syphilitischen Erkrankungen der Luftröhre. Sammlung klin. Vorträge 1919. Nr. 781—788.

Eingehende Würdigung der bisher bekannten Fälle (353) und der deutschen und ausländischen Literatur. Die Trachealues ist verhältnismäßig selten, in etwa 10% der Fälle hereditär. Die Prognose ist ernst durch Erstickungs- und Blutungsgefahr, auch die antiluetische Behandlung hilft nur bei Fällen, die ohne erhebliche Narbenbildung abheilen. Die Beschwerden können sehr gering sein.

Kurt Wiener (Breslau).

Luce, H. Zur Diagnose der Herzsyphilis. Dtsch. med. Wochenschr. Nr. 3. 1920.

Im Anschluß an einen Fall von tödlich verlaufendem Herzkammerscheidewanddefekt, dessen Ursprung erst durch die stark positive Wa.R. festgestellt wurde, weist Luce darauf hin, daß beim Fehlen anderer ätiologischer Momente bei plötzlich auftretenden Herzsymptomen stets an die Möglichkeit eines syphilitischen Gummas gedacht und die Wa.R. vorgenommen werden müsse. Klinisch stellt sich die Syphilis der Herzkammerscheidewand als traumatische Klappenzerreißung dar mit akuten oder subakuten Palpitationen und starken Herzgeräuschen. Der Gummaknoten kann die Scheidewand durchbrechen und beide Herzkammern zur Kommunikation bringen. Neben den besonders stark werdenden Herzgeräuschen verbreitet sich ein lautes Schwirren über die ganze Herzgegend. Die spezifische Behandlung der Herzsyphilis kann daran scheitern, daß im Gebiete der reizerzeugenden Stellen des Herzmuskels obliterierende Endarteriitis eintritt. Max Joseph (Berlin).

Spiro, P. Über mesarteriitische Prozesse. Schweiz. Rundschau f. Med. 1919. Nr. 28. p. 559.

Verf. hat im Straßburger Pathologischen Institut die Coronararterien von Leichen, die an allen möglichen Krankheiten gestorben waren, auf das Vorhandensein von mesarteriitischen Prozessen untersucht und gefunden, daß solche Veränderungen nicht nur bei an Infektionen und Intoxikationen verstorbenen Menschen vorkommen,

sondern auch bei Leuten, die anscheinend gesund waren. Die Veränderungen zeigten sich in Form von fleckförmigen Nekrosen der Media. Die Muskelkerne und zum Teil auch die Muskelfasern waren zugrunde gegangen. Daneben waren lymphocytäre Infiltrationen in der Adventitia und Andeutung von Neubildung von Ersatzgewebe in den Nekroseherden feststellbar. Für die Genese dieser Prozesse möchte Verf. eine Intoxikation im weitesten Sinne des Wortes verantwortlich machen, angefangen von der schwersten Infektionskrankheit bis zu den leichtesten Stoffwechselstörungen. Daß dabei auch die Lues und Tuberkulose in Frage kommen, ist ohne weiteres klar. Am stärksten waren die Veränderungen bei Diphtherie. Max Winkler (Luzern).

Lenzmann. Über Aortitis luica. Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. 1919. Nr. 23.

Zusammenfassender Aufsatz. Kein luisch Infizierter ist gegen diese schleichend sich entwickelnde und oft erst spät zur ärztlichen Kenntnis kommende schwere Erkrankung geschützt, selbst dann nicht mit Sicherheit, wenn er im Anfang der Erkrankung energisch behandelt wurde. Der negative Ausfall der Wa.R. spricht nicht gegen die luische Ursache. Die Krankheit tritt meistens bei Infizierten auf, die schwere Rezidive nicht durchgemacht haben und ihre Lues schon vergessen haben. Auch in vorgeschrittenen Fällen zeitigt die antisyphilitische Behandlung oft noch Erfolge. Verf. gibt Neosalvarsan und Jodkali (20 : 200, tgl. 5,0, in 14tägig. Abstand m ganzen 60—80g) in letzter Zeit auch Silbersalvarsan und Sulfoxylat. Verf. empfiehlt das letztere Mittel mehr, da er bei Silber einen unangenehmen Zufall im Sinne der Jarisch-Herxheimerschen Reaktion erlebt hat. Silbersalvarsan wurde in Dosen von 0,1, 0,15, 0,2 in Abständen von 3×24, 4×24, 5×24 Stunden gegeben, dann wöchentlich 0,2 (8 ×), dann 4× zweiwöchentlich und mehrmals vierwöchentlich. Vom Sulfoxylat gibt Lenzmann erst 0,15 der 10proz. Lösung, dann wöchentlich 0,2, nach 4 Wochen in drei- und fünftägigen Abständen 0,1, 0,15, 0,2, 0,25. Dann wird wieder in wöchentlichen Abständen gespritzt und je nach dem Erfolge abgeschlossen. Neosalvarsan in Dosen von 2,75—4 g. Symptomatologie siehe Original. Kurt Wiener.

Thorel, Ch. Pathologie der Kreislauforgane des Menschen. Ergebnisse d. allg. Pathol. u. pathol. Anat. (Lubarsch-Ostertag). 1915. Bd. XVIII. 1. Abflg. p. 1.

Verf. gibt in seiner Arbeit unter Berücksichtigung der gesamten einschlägigen Literatur auch einen erschöpfenden Bericht über den gegenwärtigen Stand der Frage der syphilitischen Gefäßerkrankungen, insbesondere der Aortitis luetica. Franz Bacher (Breslau).

Olaff, Hans. Das Auge bei syphilogenen Gehirnerkrankungen und bei der multiplen Sklerose. Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. 1919. Nr. 4.

Zusammenfassender Aufsatz zum kurzen Referat nicht geeignet.
Kurt Wiener (Breslau).

Meyer, Fritz M. Der Harnröhrenkatarrh und die Phimose als Symptome der Syphilis. Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. 1919. Nr. 18.

In allen Fällen von Harnröhrenkatarrh und entzündlicher Phimose, in denen keine Gonokokken nachweisbar sind, ist mit allen Mitteln auf Lues I zu fahnden. Kurt Wiener (Breslau).

Blohmke, Arthur. Luetische Erkrankungen des Gehörsorgans. Beitr. f. Anat., Physiol., Pathol. u. Ther. d. Ohres, d. Nase, d. Halses. Bd. X.

Verf. bespricht an der Hand von zwei Fällen den Einfluß der antiluetischen Behandlung auf Erkrankungen des Gehörorgans. Der erste Fall, eine sich trotz einer Schmierkur schnell entwickelnde fast völlige Taubheit infolge Lues cong. mit nur ganz geringen Gehörresten wird unter Hg- und Jodbehandlung etwas gebessert. Der zweite Fall ist ein Neurorezidiv, das etwa 2 Monate nach einer Salvarsankur entstanden ist. Hier tritt nach einer Hg-Schmierkur eine wesentliche Besserung des Gehörs ein, der Vestibularapparat bleibt aber weiter unerregbar, die Facialislähmung und die Störungen im Trigeminus und Hypoglossus bleiben unverändert. Salvarsan wird deswegen nicht angewandt, weil Verf. glaubt, daß durch Salvarsan eine bisher latente Acusticusschädigung manifest, eine schon bestehende verschlimmert werden kann. Er empfiehlt daher auch langsam einschleichende Hg- und Salvarsanbehandlung, besonders bei für Gehörserkrankungen prädisponierten Leuten und warnt vor Salvarsan bei Menschen mit nur noch geringer Hörfähigkeit.

Marie Wiener (Breslau).

Rhese. Die Verkürzung der Knochenleitung bei der visceralen Lues mit besonderer Berücksichtigung der primären Lues. Med. Klin. 1919. Nr. 3. p. 63.

Rhese kommt in seinen Ausführungen zu folgenden Schlußsätzen: 1. Sowohl bei der primären, wie bei der sekundären und tertiären Lues ist die Verkürzung der Knochenleitung bei normaler oder praktisch nicht in Betracht kommender Beeinträchtigung der Hörfähigkeit für die Sprache ungemein häufig. 2. Diagnostisch kommen indes mit Rücksicht auf die Ergebnisse der Kontrolluntersuchung an sorgfältig ausgewählten Nichtluetikern bezüglich der mittleren Töne (kl. c) lediglich die Fälle hochgradiger Verkürzung (bis zu ein Drittel der normalen Hördauer) in Betracht, die bei Lues I 5,8%, bei Lues II 15%, bei Lues III 26,3% betragen. Mittelstarke Verkürzungen für mittlere Töne sind diagnostisch belanglos, wenn sie an sich auch etwas häufiger sind, wie bei Nichtluetikern. Wohl aber sind bei Lues Verkürzungen für tiefe Töne bis zu etwa die Hälfte der normalen Hördauer so erheblich und so augenfällig häufiger als diejenigen über die Hälfte, daß man ihnen ceteris paribus eine gewisse Bedeutung nicht absprechen kann. 3. Tertiäre Lues ist in der Anamnese im allgemeinen nicht anzunehmen, wenn die Kno-



chenleitung für mittlere Stimmgabeln normal oder gar verlängert ist, und je älter eine Lues ist, um so zahlreicher sind im allgemeinen die Fälle von hochgradiger Verkürzung. 4. Ein Einfluß der Wassermannschen Reaktion auf den Grad der Verkürzung tritt im allgemeinen ebensowenig hervor, wie ein solcher der Behandlung oder Nichtbehandlung. 5. Da bei der Lues ebenso wie nach Kopftraumen Verkürzung der Knochenleitung und Vermehrung des Liquors häufig nebeneinander vorkommen, ist ein ursächlicher Zusammenhang anzunehmen, der indessen nicht der ausschließliche zu sein scheint. 6. Die Ursache des Symptoms der verkürzten Knochenleitung bei nahezu normalem Sprachgehör liegt in der Geringfügigkeit der gesetzten Veränderungen. Es weist die Knochenleitung als weniger wichtiger Weg für die Schallwellen bereits eine Beeinträchtigung auf, wenn dieses bezüglich des Weges durch den Schalleitungsapparat, auf den als Hauptweg die Hörfunktion eingestellt ist, noch nicht der Fall ist. Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Stümpke, Gustav. Über orthotische Albuminurie und ihre Beziehungen zur Syphilis. Med. Klin. 1917. Nr. 2. p. 38.

Angeregt durch die Untersuchungen Arnolds (Münch. med. Wochenschr. 1913. Nr. 9) über die Beziehungen der orthotischen Albuminurie zur Hauttuberkulose und Syphilis hat Stümpke in derselben Richtung gehende Kontrolluntersuchungen angestellt. Nach seinen Ergebnissen scheinen die von Arnold bei frischer Syphilis gefundenen Zahlen auffallend hoch. Nach Stümpke ist die orthotische Albuminurie nicht nur als ein Zeichen einer chronischen Infektion resp. Intoxikation aufzufassen, sondern sie kann auch bei akuten Infektionskrankheiten resp. Intoxikationen als Symptom einer Reizung oder Schädigung der Nieren beobachtet werden. Es scheint allerdings, als ob die bisherigen Feststellungen für eine gewisse Sonderstellung der Tuberkulose und vielleicht auch der Syphilis sprechen. Übrigens muß man auch daran denken, daß bei der orthotischen Albuminurie bei Syphilis die Medikamente eine Rolle spielen können. Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Gerber. Die Untersuchung der Mundrachenhöhle. Med. Klin. 1917. Nr. 18. p. 495.

Gerber weist in der vorliegenden Arbeit an der Hand erläuternder Bilder auf die Notwendigkeit einer sorgfältigen Untersuchung der Mundrachenhöhle grade zur Erkennung syphilitischer Krankheitserscheinungen hin. Die Untersuchung verläuft folgendermaßen: 1. Abziehen der Unterlippe; genaue Besichtigung der Schleimhaut, des Frenulum, der Gingiva und der Zähne. Danach dasselbe Verfahren am Oberkiefer. 2. Abziehen der Wangen, wobei die Zungenspitze in die entgegengesetzte Backentasche gebracht wird; Besichtigung der Wangensch'eimhaut, der hinteren Gingiva, der Intermaxillarfalten und der Seitenfläche der Zunge. 3. Besichtigung des hinteren Zahnfleisches und des harten Gaumens mittels des Ver-

größerungsspiegels. 4. Inspektion der Unterfläche der Zunge, des Mundbodens, der Innenfläche des Unterkiefers. 5. Besichtigung des hinteren Zungendrittels bis zur Epiglottis und dieser selbst. 6. Genaue Exploration der Tonsillargegend. Drehung des Kopfes ganz nach der betreffenden Seite. Vordrücken der Tonsille, Abziehen des vorderen Gaumenbogens und der Plica tonsillaris mittels abgebogener Sonde. Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Citron, Julius. Die viscerale Frühsyphilis. Med. Klin. 1919. Nr. 4. p. 86.

Die sehr eingehende und lesenswerte Schilderung der visceralen Frühlues, wie sie Citron beschreibt, erfordert in Hinsicht auf die für die Leser dieser Zeitschrift wichtigen Punkte eine ausführlichere Darstellung im Referat. Drei Methoden haben unsere Kenntnisse über das Vorkommen frühsyphilitischer visceraler Lues bedeutend erweitert: die erweiterte Untersuchungstechnik, die Jarisch - Herxheimersche Reaktion (die vorübergehende Verstärkung manifester Symptome nach spezifischer Behandlung; besonders die Salvarsanbehandlung veranlaßt derartige hyperämisch-ödematöse Überempfindlichkeitsreaktionen), die Berücksichtigung spätsyphilitischer Erscheinungen (als Rezidive frühsyphilitischer Prozesse).

Zu den häufigsten Symptomen der Frühlues gehören unter den Erkrankungen der Kreislauforgane funktionelle Störungen des Herzens; meist handelt es sich hierbei wohl um Schädigungen der Herznerven, wie Fournier annahm; doch für einen kleinen Minderteil der Fälle kommt das Vorkommen einer organischen syphilitischen interstitiellen Moykarditis in Betracht (Renvers). Grassmann, Braun, Kopp und Greene haben öfter echte syphilitische Erkrankungen am Endo- Myo- und Perikard festgestellt. Wassermannuntersuchungen haben ergeben, daß die Zahl der Fälle von Myokarditis auf syphilitischer Grundlage überschätzt wird. Im Gegensatz zu der Tatsache, daß Mitralinsuffizienz oder Stenose fast nie auf Lues zurückzuführen ist, sind ungefähr 80% aller Fälle von Aortenklappeninsuffizienz bei jugendlichen Individuen syphilitischen Ursprungs. Diese Aortenklappeninsuffizienz ist meist nicht endokardialen Ursprungs, sondern die Fortsetzung eines mesaortitischen Prozesses.

Am Verdauungstraktus gehört hierher, wenn auch meist bei Spätlues und kongenitaler Lues beobachtet, die Mikuliczsche Krankheit. Für die Frühlues des Magens sind die Untersuchungen Neugebauers von Bedeutung, der für die Sekretionsstörungen bei Frühlues meist in direkten Erkrankungen der Magenwand, seltener in Vaguserkrankungen die Ursache sieht. Die Heilung dieser Magenkranken, wie sie Citron mehrfach beobachtet hat, stützt diese Vagusätiologie von Neugebauer. Über die Häufigkeit des luischen Ulcus ventriculi fehlen größere Untersuchungsreihen. Auch die Leber gehört zu den Organen, die frühzeitig an Lues erkranken kann. Der einfache



katarrhalische Icterus syph. gehört zu den nicht seltenen Erscheinungen der Frühperiode. Für die Häufigkeit der frühzeitigen Erkrankung der Leber spricht die Häufigkeit der von Neugebauer festgestellten Galaktosurie. Auch echte Fälle von akuter Hepatitis werden früh beobachtet. Nicht ganz klar ist es, in welchem Umfange die Lues bei der akuten gelben Leberatrophie eine Rolle spielt. Unter den Nierenerkrankungen bei Frühsyphilis können wir zwei Gruppen trennen: 1. Leichte Albuminurien ohne oder mit geringem Ödem (Albuminuria syph.) und 2. schwere Albuminurien mit Ödem (Nephrosis syph.). (Vergl. die Arbeiten von Spiess, Karvonen, die Spirochätenbefunde von Hoffmann und Vorpahl, die pathologischen Untersuchungen Munks.)

Auch das hämopoetische System läßt interessante Beziehungen zur Frühlues feststellen. Hierher gehören auch manche Fälle von „paroxysmaler Hämoglobinurie". Auch die Schilddrüse nimmt häufig an den syphilitischen Früherkrankungen teil. Ganz besonders sind unsere Kenntnisse erweitert auf dem Gebiete der syphilitischen Gelenkerkrankungen in der Frühperiode (Fälle von syphilitischer Polyarthritis und Arthritis deformans) und auf dem Gebiete der meningealen und cerebrospinalen Erscheinungen. Anzuschließen sind die Erkrankungen der Hirnnerven, die Verkürzung der Kopfknochenleitung bei normalem Gehörvermögen und andere nervöse Störungen aus dem Gebiete der Otologie.

Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Klewitz, F., und G. *Lepehne*. Über Syphilis hereditaria tarda hepatis (Lebercirrhose mit sekundärer akuter gelber Atrophie). Dtsch. med. Wochenschr. 1920. Nr. 7.

Die seltene Erscheinung der akuten gelben Leberatrophie bei hereditärer Lues beobachteten Klewitz und Lepehne bei einer 15jährigen Patientin. Die Leber verkleinerte sich schnell bei zunehmendem Ikterus, im Urin bestand Leuxzin, daneben wurde Ascites festgestellt. Unter Erbrechen und hohem Fieber erfolgte der Exitus in der zweiten Krankheitswoche. Die Autopsie bestätigte die Diagnose Cirrhosis hepatis mit sekundärer akuter gelber Atrophie der Leberzellen. Obgleich in der Familie nichts von syphilitischer Erkrankung bekannt war, fiel die am Leichenblute ausgeführte Wa.R. positiv aus.

Max Joseph (Berlin).

Baagöe. Krankheiten im Zentralnervensystem bei Lues congenita. Ugeskrift for Läger 1920. Nr. 2. p. 42—52.

Kasuistische Mitteilung; unter den beschriebenen Fällen findet sich auch ein Tabes dorsalis juvenilis.

Harald Boas (Kopenhagen).

Steinert. Kongenitale Syphilis in der Außenpflege. Jahrb. f. Kinderheilk. 1919. Bd. XL. S. 27.

In den Jahren 1895—1914, in denen in Prag 17 500 Kinder in Außenpflege versetzt wurden, kamen 4 Fälle von Luesübertragung



durch anscheinend gesunde Brustkinder bei den stillenden Pflegefrau vor; außerdem kam es noch in 6 Fällen trotz der Belehrung der Pflegefrau und angeordneter ärztlicher Überwachung der als luetisch erkannten und behandelten und abgestillt in die Außenpflege abgegebener Findelkinder zu einer Übertragung der Lues auf die Pflegemutter.

Die regelmäßige Vornahme der Wassermannschen Reaktion bei Mutter und Kind bedeutet ja einen wesentlichen Fortschritt, aber bei ihrem bekannten Verhalten im Säuglingsalter schützt sie nicht vor ähnlichen Fällen. Bei der Unachtsamkeit der Pflegefrauen und bei mangelhafter ärztlichen Überwachung — mit der auf dem Lande stets zu rechnen ist — werden sich bei diesem System der Außenpflege die Luesübertragungen schwerlich vermeiden lassen.

L. Kleeberg (Breslau).

Lange. Zur Klinik der Säuglingslues. Jahrb. f. Kinderheilk. 1919. Bd. XL. p. 83.

In der Frankfurter Klinik wurden in den letzten zehn Jahren 100 luetische Säuglinge behandelt (1,1—2,8% der Gesamtaufnahmen). Die Mortalität betrug 67% (darunter 12% Brustkinder). 24 Kinder waren moribund in die Klinik eingeliefert worden. 56% der Fälle zeigten Hauterscheinungen, am häufigsten traten sie in der 4.—6. Lebenswoche auf. In 11% der Beobachtungen bestanden Nierensymptome. Die Nierensyphilis verlief meist unter dem Bilde der hämorrhagischen Nephritis. Eine Schädigung der Niere durch Quecksilber wurde nicht beobachtet. Ein für Lues charakteristisches Blutbild konnte bei der in 18% der Fälle beobachteten Anämie der kongenital luetischen Säuglinge nicht beobachtet werden, Myeolocyten schienen nur bei Osteochondritis vorzukommen. Neunmal blieb die Wassermannsche Reaktion stets negativ, trotz bestehender florider Luessymptome. L. Kleeberg (Breslau).

Reiche, A. Das Wachstum der Frühgeburten in den ersten Lebensmonaten. Zeitschr. f. Kinderheilk. 1915. Bd. XII. p. 369.

Von syphilidologischem Interesse bei obigen Untersuchungen ist, daß schwere chronische Erkrankungen der Mutter, besonders Lues und Tuberkulose, einen wachstumshemmenden Einfluß auf das Kind ausüben, und zwar blieb bei einem frühgeborenen luetischen Kinde das Längenwachstum besonders auffallend in den ersten Lebensmonaten zurück. Martin Friedmann (Breslau).

Reiche, A. Lues congenita bei Frühgeburten. Zeitschr. f. Kinderheilk. 1915. Bd. XII. p. 402.

Unter 200 Frühgeburten konnten 11 Luesfälle beobachtet werden, von denen aber in einem Falle die Diagnose nicht sichergestellt werden konnte. 80% der Kinder starben meist schon im ersten und zweiten Monat. Die bei 9 dieser Kinder angestellte Wassermannsche Reaktion war sechsmal positiv, dreimal negativ. Bei einem großen



Teil der Fälle war das Körpergeburtsgewicht hinter dem der Körperlänge entsprechenden zurückgeblieben, und zwar um 180—670 g. Es ergab sich: Die Lues congenita tritt bei Frühgeburten viel häufiger auf, als bei ausgetragenen Kindern und ruft eine hohe Mortalität hervor. Die Lebensaussichten sind um so schlechter, je früher manifeste Luessymptome auftreten und je häufiger bei der Mutter Früh- oder Fehlgeburten vorgekommen sind. Martin Friedmann (Breslau).

Ylppö, Arvo. Zur Physiologie, Klinik und zum Schicksal der Frühgeborenen. Zeitschr. f. Kinderheilk. 1919. Bed. XXIV. Heft 1/4. p. 1.

Aus der umfangreichen und interessanten Arbeit bietet folgendes dermatologisches Interesse. Unter Frühgeburt wird jedes Kind verstanden, das mit einem Geburtsgewicht von 2500 g zur Welt kommt, ungeachtet der Schwangerschaftsdauer. Die vielverbreitete Ansicht, daß jede Frühgeburt luesverdächtig sei, findet bei Ylppö keine Stütze. Bei 668 Frühgeburten ließ sich in 26 Fällen bei der Mutter Lues feststellen. Von diesen starben bis nach dem ersten Lebensjahre 19 = 73,08%, während die Mortalität der anderen Frühgeburten bedeutend geringer war.

Die Lanugohärchen erlangten ihre größte Dichtigkeit bei Frühgeborenen, die ungefähr im 7. Schwangerschaftsmonat geboren wurden und 800—1300 g wogen; die Lanugohaare können 3—5 Monate nach der Geburt noch im Gesichte haften.

Trotz konstanter Körpertemperatur in der Wärmewanne traten wiederholt Ödeme in den herabhängenden Körperteilen auf, bedingt durch Zirkulationsschwäche. Sklereme und Skleródeme betrachtet Ylppö als denselben, jedoch graduell verschiedenen Prozeß, dessen klinisches Aussehen abhängig ist vom Wasser- und Fettgehalt der befallenen Hautstellen. Durch mechanischen Druck bei der Geburt und durch extrauterine Zirkulationsschwäche kommt es öfters zu Stauungsblutungen der Haut. Kinder mit positiver „Kneifprobe“ haben eine ungünstige Prognose und sterben in der Mehrzahl in den ersten Lebenstagen. Martin Friedmann (Breslau).

Schmincke, Alexander, Prof. Zur Kenntnis der Pachymeningitis haemorrhagica interna bei Lues congenita. (Aus dem pathol. Institut der Univ. München.) Zeitschr. f. Kinderheilk. 1919. Bd. XIX. p. 179.

Bei einem 10 Wochen alten kongenital-luetischen Säuglinge (zunehmender Hydrocephalus, Makroglossie, Sattelnase, vorspringender Stirn und Tubera parietalia, tonisch-klonischen Krampfanfällen, Wa.R. +, blutiges Lumbalpunktat) fanden sich bei der Sektion eine Pachymeningitis haemorrhagica interna der Konvexität des linken Großhirns, des Teutoriums der Hirnbasis und der linken Schädelgrube nebst einem Hydrocephalus internus. Erkrankte Dura spirochätenfrei, dagegen die Meningen der Seitenventrikel mit der angrenzenden Hirnsubstanz spirochätenhaltig. Schmincke nimmt an, daß die



Pachymeningitis haemorrh. int. nicht auf die Lues, sondern auf ein Geburtstrauma des durch den Hydrocephalus vergrößerten Kopfes zurückzuführen sei: 1. wegen der streng einseitigen Lokalisation auf der linken Hemisphäre und in den abhängigen Hirnpartien, 2. wegen des Freiseins der veränderten Dura von Spirochäten und des Fehlens jeglicher spezifischen Veränderung. Martin Friedmann (Breslau).

Wirz, Bella. Über latente kongenitale Syphilis im späteren Kindesalter. (Aus der Münchener Univ.-Kinderklinik.) Zeitschr. f. Kinderheilk. 1919. Bd. XIX. p. 189.

Zur Feststellung latenter kongenitaler Lues im späteren Kindesalter wurden serologische Untersuchungen an 200 Schulkindern vorgenommen, die weder Luesstigmate noch „spezifische" Anamnese aufwiesen.

Es ergab sich: 1. bei klinisch unverdächtigen Kindern der Puerita gibt es ungefähr 3% mit sicherer latenter, (wahrscheinlich) kongenitaler Lues. Für die Wahrscheinlichkeit der Lues congenita spricht, daß sich diese zur erworbenen verhält wie 1 : 12. 2. Die Zahl der Wassermann positiven Münchener Schulkinder läßt sich mit jener der Münchener Neugeborenen leidlich in Deckung bringen (nach Abzug der Gestorbenen gemäß der statistischen Sterblichkeitstabelle). 3. Ohne fortlaufende Beobachtung und Berücksichtigung aller Momente (Anamnese, Familie, klinische Erscheinungen, serologische Befunde) lassen sich Feststellungen über die Verbreitung der kongenitalen Lues nicht vornehmen.

Wirz warnt davor, die Aussicht auf zufällige Entdeckung der latenten Lues im späteren Kindesalter zu überschätzen.

Martin Friedmann (Breslau).

Müller, Erich, und Grete *Singer*. Bericht über das Schicksal ausgiebig behandelter Lueskinder nebst einer Statistik über die Mortalität luetischer Säuglinge. (Aus dem Friedrichs-Waisenhaus der Stadt Berlin in Rummelsburg.) Arch. f. Kinderheilk. 1919. Bd. LXVII. Heft III/IV.

Vom Frühjahre 1909 bis Juni 1918 wurden 214 Lueskinder, die älter als 1 Jahr und jünger als 15 Jahre waren, intermittierend antiluetisch behandelt bis die Wa.R. mindestens im Verlaufe zweier Kuren negativ blieb; bis zur Entlassung folgt eine Wassermannkontrollzeit, die wenigstens 7 negative Resultate umfassen mußte. Es starben 46; regelmäßig nachuntersucht wurden 84, hiervon war bei 69 die Behandlung beendet, bei 15 unvollendet. Die Todesursachen der 46 = 22,8% Gestorbenen waren meist interkurrente akute Infektionskrankheiten, bei 2 progress. Paralyse. 1. Erfolge: schnelles Verschwinden der Haut- und Schleimhauterscheinungen, Zurückgehen sämtlicher Milz- und Leberschwellungen; häufiges Resistieren der Cubitaldrüsen; Ceratitis parenchymatosa, und auch die Affektionen der Nervenkerne waren kaum beeinflußbar: es können sogar Augen-



symptome während der Kur auftreten. 2 Tabesfälle wurden progredienter.

2. Ergebnisse der Nachuntersuchung: a) somatisch. Es blieben zurück die bekannten Stigmata (Sattelnase usw.) nebst den nicht pathognomonischen Cubitaldrüsen. b) psychisch. Zur Feststellung diente eine Intelligenzprüfung, die die Untersuchten in 4 Stufen einteilen ließ. Schwankungen während der Beobachtungszeit fielen fast stets zum Besseren aus. 73,9% waren oder wurden normal, 11,6% leicht herabgesetzt, 4,3% stark herabgesetzt, 1,4% idiotisch. Bei 80% wurde keine geistige Änderung, bei 20% Besserung konstatiert. Die Behandlung hat also kaum einen wesentlichen Einfluß auf die geistige Entwicklung; auch das Auftreten von Tabes und prog. Paralyse sind im wesentlichen unabhängig von der Behandlung (sic!).

c) Die Wa.R. war bei den 69 zu Ende behandelten Fällen beim Schlusse der Nachuntersuchungen (nach 2—9 Jahren) negativ.

Von 281 Säuglingen starben 99 = 35% in der Mehrzahl und im Gegensatze zu den älteren Kindern an ihrer Lues.

Martin Friedmann (Breslau).

Pfaundler, M. Über die Verbreitung der Lues im Kindesalter. Zeitschr. f. Kinderheilk. 1917. Bd. XVI. p. 63.

Pfaundler verfolgt das luetische Schicksal von 100 Früchten ebensovieler luetischer Frauen.

Rein klinisch ergibt sich, daß in jedem Lebensalter nur ein Teil der intrauterin mit Lues Infizierten als solche zu erkennen sind; der klinischen Untersuchung entgeht bei sachkundigstem Vorgehen mit 9 Wochen jeder 3.—5. Fall, im Lebensabschnitt von 1—6 Jahren etwa jeder 2. Fall. Noch weit ungünstiger stellt sich das Verhalten zur Zeit der Geburt und — sofern unsichere Stigmata und Minderwertigkeiten nicht mit berücksichtigt werden — auch in der Pubertätsperiode. In Zahlen ausgedrückt:

Von 100 Früchten infizierter Mütter sterben im Mutterleibe: 44.

56	werden richtig geboren:	77%	entgehen der klinischen Untersuchung
44	erreichen die neunte Woche:	20%	
33	,, den zwölften Monat:	55%	
25	,, die Einschulung:	46%	
23	,, das Ende des Kindesalters:	10%	

Die serologische Untersuchung der Neugeborenen ergibt kein sicheres Resultat. Die Wa.R. beim Kinde fällt vor den ersten parietalen Manifestationen häufig oder in der Regel noch negativ aus (Störung des Reaktionsablaufes durch Vermengung des Blutes mit hammelblutlösenden und Gallenbestandteilen oder Chylus, durch Besonderheiten seines Haptingehaltes, durch relat. Unvermögen zur Antikörperproduktion usw.). Oft kommen positive Reaktionen nicht luetischer Säuglinge vor (Temperatursteigerung, Übergang der spez. Reaginen von der Mutter auf das Kind, ohne Erkrankung dieses).



Da sowohl eine kurze klinische Beobachtung als auch eine einmalige serologische Untersuchung kein sicheres Resultat ergibt, schlägt Verf. vor, zur Verminderung der Mortalität solche verdächtige Kinder in Findelhäusern zu beobachten.

Martin Friedmann (Breslau).

Pfitzer, Helene. Über Syphilisinfektion intra partum. Zeitschr. f. Kinderheilk. 1918. Bd. XVIII. p. 57.

An Hand von 120 kongenitalen Luesfällen der Münchener Universitätskinderklinik prüft Verfasserin die Rietschelsche Hypothese; sie kommt zu dem Schlusse, daß klinisch manches gegen das häufigere Vorkommen einer Intrapartuminfektion bei Lues congenita spreche und daß Wahrnehmungen, die zu jener Annahme führten, auch andere Deutung finden können. Martin Friedmann (Breslau).

Singer, Grete. Bericht über einen luetischen und einen nichtluetischen Zwilling. Arch. f. Kinderheilk. 1919. Bd. LXVII. Heft 5/6. p. 362.

Es handelt sich um zweieiige Zwillinge, von denen die eine $1^1/_2$ Monate nach der Geburt luetische Symptome mit positiver Wa.R. hatte, während der andere symptomlos war und im Verlaufe von 2 Jahren elfmal seronegativ blieb. Verfasserin denkt an eine paterne Vererbung oder an eine Intrapartuminfektion, trotzdem der Status des gesunden Kindes nicht ganz eindeutig ist; eine körperliche oder serologische Untersuchung der Eltern hat nicht stattgefunden.

Martin Friedmann (Breslau).

Werther. Die Kontagiosität der kongenitalen Lues. Münch. med. Wochenschr. 1918. Nr. 3. p. 71.

Entgegen der Pfaundlerschen Anschauung wird an der Hand von 10 Fällen nachgewiesen, daß die kongenitale Lues infektiös ist.

Alfred Perutz (Wien).

Pfaundler. Die Kontagiosität der kongenitalen Lues. Münch. med. Wochenschr. 1918. Nr. 6. p. 161.

Erwiderung auf die Arbeit Werthers in Nr. 3 der Münch. med. Wochenschr. 1918. Die Infektiosität der kongenitalen Säuglingslues ist sehr gering und kann leicht vermieden werden.

Alfred Perutz (Wien).

Hammar. Mikroskopische Analyse der Thymus in einigen Fällen von Lues congenita. Zieglers Beitr. z. pathol. Anat. u. allg. Path. 1919. Bd. LXVI. p. 37 u. 195.

Nach ausführlicher Besprechung der Literatur über die kongenitalluetischen Thymusveränderungen und eingehender Darlegung des Befundes bei 11 untersuchten Fällen kommt Verf. zu folgenden Ergebnissen: Weder Sequestercysten („Duboissche Abszesse“), die in einem Falle gefunden, noch Sequester, die in drei Fällen nachgewiesen wurden, noch lymphocyteninvadierte Hassalsche Körper, die sich in sämtlichen Fällen fanden, können als für Lues streng pathognomonisch bezeichnet werden; jedoch scheinen Sequestercysten und



Sequester etwas beträchtlicheren Umfanges beim Menschen bisher nur in Fällen kongenitaler Lues beobachtet zu sein. Hypoplasie und akzidentelle Involution der Thymus sind dagegen nur als indirekte Folgen der syphilitischen Infektion anzusehen.

Franz Bacher (Breslau).

Nordmann A. Syphilis par conception oder Syphilis d'emblée. Ein Beitrag zur Kasuistik der Syphilisübertragung und zur zivilrechtlichen Beurteilung der Geschlechtskrankheiten. Korrespondenzbl. f. Schweiz. Ärzte 1919. p. 1640.

Ein Mann hat $2^1/_2$ Jahre nach stattgehabter luetischer Infektion und nach guter Behandlung gegen den Wunsch seines Arztes geheiratet, bekommt ein gesundes Kind, das noch weitere 6 Jahre gesund geblieben ist. Die Frau selbst bleibt ebenfalls 4 Jahre lang gesund und bekommt dann eine sekundäre Lues ohne nachweisbaren Primäraffekt zu Beginn des 5. Jahres nach der Ehe. Da eine außereheliche Infektion nicht ganz ausgeschlossen ist, so erübrigen sich die Erörterungen, ob Syphilis d'emblée oder par conception vorliegt. Der zivilrechtliche Entscheid konnte nicht gefällt werden, da die Klage auf Scheidung und Entschädigung durch die Frau zurückgezogen wurde.

Max Winkler (Luzern).

Meggendorfer, Friedrich. Die Disposition zur Paralyse. Med. Klin. 1920. Nr. 13. p. 315.

Meggendorfer vertritt auf Grund eingehender Erwägungen den Standpunkt, daß es sich bei der Disposition zur Paralyse sowohl um konstitutionelle, wie um konditionelle Faktoren handele, welche eine Reaktionsschwäche des Individuums gegen das eindringende Virus verursachen. Die konstitutionellen Momente rühren wahrscheinlich von der Syphilisdurchseuchung der Aszendenten her und kommen möglicherweise in einer Blutdrüsenalteration und im Habitus, vielleicht sogar in gehäuften Degenerationszeichen zum Ausdruck. Als konditionelle Momente beeinträchtigen wohl äußere Einflüsse die Immunitätskörperbildung; hierher gehören höheres Lebensalter, Alkoholismus und andere Schäden des sogenannten Kulturlebens.

Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Freudenberg, A. Zur Pathogenese der Miktionsstörungen bei Tabes, nebst kurzen Bemerkungen über einige Fälle von operativer Behandlung derselben. Med. Klin. 1919. Nr. 46. p. 1144.

Freudenberg ist der Ansicht, daß die Miktionsstörungen bei der Tabes durch eine Koordinationsstörung zwischen Detrusor und Sphincter vesicae internus verursacht werden, und zwar in der Weise, daß bei der Kontraktion des Detrusor, der Sphincter, statt zu erschlaffen, sich ebenfalls mehr oder weniger kontrahiert. Freudenberg hat einige Fälle von Miktionsstörung bei Tabes mittels Durchtrennung des Sphincter internus per urethram operativ behandelt und auf diese Weise vollständige Beseitigung der Miktionsstörung



erzielt. Wie er ausdrücklich hervorhebt, ist diese operative Therapie nicht als Normalbehandlung für alle Fälle von Miktionsstörung bei Tabes zu empfehlen. Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Auerbach, Siegmund. Die Frühdiagnose der multiplen Sklerose, der Tabes und der Paralyse. Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. 1914. Nr. 16.

Zum Referat nicht geeignet. Klinischer Vortrag.

Kurt Wiener (Breslau).

Sioli, F. Die Spirochaete pallida bei der progressiven Paralyse. Arch. f. Psych. u. Nervenkr. 1919. Bd. LX. p. 401.

Sioli fand bei 32 klinisch wahllos ausgesuchten Paralytikergehirnen in 16 Fällen Spirochäten im Schnitt; dies ist die höchste bisher erreichte Prozentzahl bei dieser Methode. Eingehende klinische und pathologische Schilderung seiner positiven Fälle und Vergleich mit dem bisher in der Literatur hierüber Berichteten. In dem zweiten Teil der Arbeit äußert sich Sioli unter Verwertung einer großen Literatur über das Wesen der Paralyse, ohne wesentlich Neues zu bringen. Ulrich Saalfeld (Breslau).

Raecke, J. Zur Abwehr. Arch. f. Psych. u. Nervenkr. Bd. LX. Heft 1. p. 282.

Raecke kommt in einer Polemik, in der er sich mit Spielmeyer und Nissl auseinandersetzt, zu dem Schluß, daß die „Dementia paralytica eine lokale Gehirnerkrankung, eine Spirochaetosis cerebri" ist. Er geht eingehend auf die Alzheimerschen Zellbefunde bei Paralye ein und bringt sie in weiterem Ausbau der Alzheimerschen Theorien mit der Spirochäteninvasion in Verbindung. Bei regressiven und proliferativen Veränderungen der Hirnrinde fehlt bisweilen Exsudation, während Exsudation dann wieder an anderen Stellen stärker auftritt. In diesem Fehlen von Exsudation nach Eindringen der Spirochäten mit Degeneration und Proliferation sieht er einen Ausdruck des chronisch-schleichenden Charakters der Erkrankung, während der Obduktionsbefund nur die verschiedenen Phasen der Erkrankung nebeneinander gewissermaßen im Momentbild darstellt.

Ulrich Saalfeld (Breslau).

Wichura (Schwarzeck). Zur spezifischen Behandlung der Tabes dorsalis. 21. Versammlung (Kriegstagung) mitteldeutscher Psychiater und Neurologen. Arch. f. Psych. u. Nervenkr. 1919. Bd. LX. Heft 1. p. 288.

Wichura konnte durch Nachforschungen bei 18 Tabikern, die er im Laufe von $4^1/_2$ Jahren nach Dreyfus behandelt hatte, feststellen, daß der gute Kurerfolg angehalten hatte. Bei größtmöglicher Intensität der spezif. Behandlung strebt er an, daß die Intensität der spezif. Behandlung und die allgemein kräftigende Behandlung sich die Wage halten. Die vorsichtig einschleichende und weitertastende Behandlung ist ein wertvolles Unterstützungsmittel der klinisch-physikalisch-diätetischen Behandlung und soll nach bio-



logischen nicht nach chemo-therapeutischen Grundsätzen gestaltet werden.

In der Aussprache weist O. Förster (Breslau) darauf hin, daß mit der obigen Behandlung die Wa.R. nicht umschlage, weil die Wirkung des Salvarsans bezügl. des tiefen Eindringens in das Gewebe nicht sicher sei. Wohl aber hat er in 130 Fällen gute Erfolge mit endolumbaler Salvarsanbehandlung gesehen: Die Wa.R. geht zurück oder schlägt um, die Lymphocytose geht zurück; am schwierigsten ist die Nonne-Apeltsche Reaktion zu beeinflussen. Die klinischen Erscheinungen bessern sich, und sogar Reflexe sollen wieder zurückkehren. Strümpell behandelt seit 8 Jahren sämtliche Tabeskranke ausgiebig mit Schmierkur und Salvarsan. Er hat im allgemeinen mit dieser Methode keine besseren Erfolge gesehen als mit den alten physikalischen Methoden (Ruhe, Bäder, Elektrisieren u. dergl.). Er hat von vornherein die Wirksamkeit der antisyphilitischen Behandlungsweise der Tabes gering angeschlagen, da er diese Krankheit für etwas anderes als eine rein tertiäre Syphilis des Nervensystems auffaßt. Auch die Erfolge bei der antisyphilitischen Behandlung der beginnenden Tabes sind gering.

Schwarz (Leipzig) hat bei Augenerscheinungen als Teilerscheinungen von Hirnlues, Tabes und Paralyse auch schon bei kleinen Salvarsandosen Besserungen gesehen.

Anton (Halle) spricht über Paralysebehandlung. Er stellt sich ebenfalls kritisch zum Salvarsan. Er erwähnt die Tuberkulinkur, Enesolinjektionen und Malariaimpfungen, die Gennerichsche endolumbale Behandlung und seine Arbeit mit v. Bramann (Ventrikel!).

Quensel (Leipzig) hat keine Erfolge mit komb. Kur bei der Tabes gesehen. Er behandelt spezifisch nur bei positiver Wa.R. oder bestehenden floriden Prozessen.

Röper (Hamburg-Jena hat bei komb. Kur mit Salvarsan und grauem Öl nicht nur keine Erfolge gesehen, sondern bisweilen sogar infolge der Anstrengung durch die Kur Verschlechterung. Er behandelt die Tabes wie Erschöpfungszustände. Bei starken tabischen Schmerzen hat er mit Salvarsan-Hg-Behandlung schmerzlindernd wirken können. Bezüglich der Paralyse spricht sich Röper warm für die Fieberbehandlung mit albumosenfreiem Tuberkulin aus.

Klien (Leipzig) äußert, daß die lanzinierenden Schmerzen, die durch Reizerscheinungen an den hinteren Wurzeln aufzufassen sind, durch Salvarsan günstig beeinflußt werden, während die Schmerzen, die auf reaktiven Wucherungen der Stützsubstanz beruhen, sich der Behandlung gegenüber refraktär verhalten. Klien hat schon nach mäßig starker Salvarsanbehandlung Stationärwerden des Krankheitsprozesses gesehen. Das Nebeneinandervorkommen von spätluetischen und metaluetischen Prozessen bedingt in jedem Fall von Tabes und Paralyse die spezifische Behandlung, da es nicht immer klar ist, ob man einen luetischen oder metaluetischen Prozeß vor sich hat, wie z. B. bei der luetischen Pseudoparalyse.

Zur Technik empfiehlt Klien bei großen Gesamtsalvarsandosen kleine Anfangsdosen wegen der großen Gefahren der Z. N. S. Herxheimers. Er läßt der Salvarsanbehandlung eine kurze Schmierkur vorausgehen.

Es scheint, daß schwache Behandlung von Spätluetikern und vielleicht auch überhaupt von Luetikern das spätere Entstehen metaluetischer Erkrankungen fördert. Ulrich Saalfeld (Breslau).

Hoche. Die Heilbarkeit der progress. Paralyse. 43. Wanderversamml. der südwestd. Neurologen u. Irrenärzte. Arch. f. Psych. u. Nervenkr. 1919. Bd. LX. p. 316.

Hoche lehnt die Heilbarkeit der Paralyse durch unsere jetzigen Behandlungsmethoden ab, wohl aber setzt er einen Stillstand der



Erkrankung im frühen und frühesten Stadium einer Ausheilung mit Narbenbildung einmal anatomischer Art, andererseits auf klinischem, d. h. neurologischem und psychischem Gebiet gleich. Um die Unangreifbarkeit der Spirochäten bei Paralyse zu klären, erwägt er folgende Hypothesen: Chemische Autonomie des z. N. S., die die Spirochäten unangreifbar macht; besonderer Capillarwiderstand des Plexus chorioideus und der Hirngefäße; Unfähigkeit des Gehirns zur Bildung von Antikörpern; besondere Giftfestigkeit der metaluetischen Spirochäten. Hoche hofft, daß es gelingen wird, durch neue noch zu entdeckende Mittel der Paralyse therapeutisch beizukommen.

Ulrich Saalfeld (Breslau).

Hauptmann. Über herdartige Verbreitung der Spirochäten bei Paralyse im Gehirn. 43. Wanderversammlung der südwestd. Neurologen u. Irrenärzte. Arch. f. Psych. u. Nervenkr. 1919. Bd. LX. p. 320.

Interessante Arbeit, in der sich Hauptmann an Hand von Schnitten über die Form und Entstehung von Spirochätenherden im Gehirn ausläßt. Näheres ist im Original (Eigenbericht des Vortragenden) nachzulesen. Ulrich Saalfeld (Breslau).

Jahnel. Die Frage der Lues nervosa im Lichte der modernen Syphilisforschung. 43. Wanderversammlung der südwestd. Neurologen u. Irrenärzte. Arch. f. Psych. u. Nervenkr. 1919. Bd. LX. p. 348.

Jahnel kommt zu dem Schluß, daß die Existenz eines besonderen neurotropen Spirochätenstammes nicht erweisbar wäre.

Nicht jeder Paralysekandidat erlebt den Ausbruch seiner Paralyse. Die Lokalisation der Spirochäten in den einzelnen Organen ist verschieden (wie bei der Tuberkulose und der tertiären Lues). Der Verlauf der frischen Lues ist so verschieden, daß nicht in allen späteren Formen die Entwicklung eine gleichartige sein kann. Eine gewisse Anzahl von Luesfällen heilt früh aus. Die Paralyse ist eine parasitäre Erkrankung des nervösen Gewebes, „wie solche auch bei Tieren vorkommen. Alle über die Feststellungen hinausgehenden Betrachtungen über das Wesen der Paralyse müssen zur Zeit als fruchtlose Spekulationen gelten". Ulrich Saalfeld (Breslau).

Bettmann. Die Anamnese der Syphilitiker. Med. Klin. 1919. Nr. 1. p. 10.

Bettmanns Ausführungen schließen sich an die Arbeit Strümpells. Über den Wert der Anamnese. Eine ärztliche Plauderei. Med. Klin. 1918. Nr. 45 an. Zum kurzen Referat sind sie nicht geeignet.

Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Friedländer, Erich. Die Infektiosität der Lues latens und ihre praktische Bedeutung für die Irrenpflege. Dtsch. med. Wochenschr. 1919. Nr. 32.

Ein an Hebephrenie leidender Patient ohne syphilitische Anamnese infizierte dennoch durch einen Biß seinen Pfleger mit Syphilis.

Der Liquor des Geisteskranken reagierte auf Wassermann positiv, während die Blutuntersuchung negativ ausfiel. Der Fall ist ein sprechender Beweis für die Infektiosität der Lues latens selbst bei seronegativem Blutbefund und für die Gefährlichkeit solcher Kranken für ihre Umgebung. Max Joseph (Berlin).

Gärtner, Wolf. Zur Frage der Infektiosität der latenten Syphilis. Dtsch. med. Wochenschr. 1919. Nr. 43.

Gärtner kritisiert den Bericht Friedländers, wonach ein 20jähriger Pfleger durch den Biß eines Geisteskranken syphilitisch infiziert worden sei. Da eine kongenitale Syphilis bei dem betreffenden Hebephreniker nicht vorzuliegen schien, derselbe schon mit 14 Jahren in die Anstalt kam mit nicht syphilitischer Geisteskrankheit, zudem die Wa.R. negativ blieb, bezweifelt Verf., daß der Kranke syphilitisch war. Eine einmalige teilsweis positive Reaktion im Liquor, die vorhanden gewesen sein soll, hält Verf. nicht für einen ausreichenden Beweis für Syphilis und nimmt vielmehr ein Zusammentreffen der Bißverletzung am Finger des Pflegers und einer anderweitig erfolgten extragenitalen syphilitischen Infektion an. Verf. macht im Anschluß an diesen Fall auf die große Seltenheit der Ansteckung durch latente Syphilis aufmerksam, im allgemeinen seien latente Fälle nicht mehr infektiös, und es sei daher zur Bekämpfung der Verbreitung der Krankheit wünschenswert, so viele Fälle als möglich in das latente Stadium hinüberzuführen. Max Joseph (Berlin).

Lilienstein. Ein Fall von endourethralem hartem Schanker. Dtsch. med. Wochenschr. Nr. 13. 1918.

Den syphilitischen Primäraffekt in der Harnröhre, welcher oft wegen seines versteckten Sitzes übersehen wird, beobachtete Lilienstein bei einem Soldaten, der während des Urlaubs mit seiner Ehefrau geschlechtlich verkehrt hatte, aber jeden außerehelichen Verkehr bestritt. Bei stark ödematösem Praeputium fühlte man die Induration in der Urethra in der Höhe des Frenulums. In dem serösen Sekret, das aus der Harnröhrenmündung floß, wurden zahlreiche Spirochaetae pallidae gefunden. Die Leistendrüsen waren geschwollen und indolent. Die Wa.R. ergab positives Resultat. Die klinischen Erscheinungen verschwanden nach kombinierter Quecksilber-Salvarsankur. Interessant war, daß der Patient an der Stelle dieses endourethralen harten Schankers vor 8 Jahren im Verlauf einer Gonorrhöe ein periurethrales Infiltrat gehabt hatte. Max Joseph (Berlin).

Bab, Hans. Syphilis und Schwangerschaft. Diskussionsbemerkung in der Gynäkologischen Gesellschaft München. 16. V. 1918.

Nothafft führte aus, es bestehe kein Parallelismus zwischen Placentar- und Fötalerkrankung, wohl aber sei das Alter der mütterlichen Infektion ein maßgebender Faktor. Es ist dies im großen und ganzen zugegeben. Die fötale Placenta weist ja nur in einem relativ kleinen Prozentsatz Spirochäten auf, die materne nur in ganz seltenen Fällen. Die Placenta wird wohl von den einzelnen Spirochäten durch-



wachsen, aber eine wirkliche schrankenlose Vermehrung findet erst im Körper der Frucht statt.

Anderseits ist das Alter der mütterlichen Infektion zur Schwere der kindlichen Lues nicht unbedingt umgekehrt proportional.

So ist z. B. das Los der Frucht bei postkonzept. Infektion der Mutter ein sehr verschiedenes. Das Kind kann völlig gesund bleiben (selbst bei frühzeitiger mütterlicher Infektion), es kann aber auch durch eine foudroyant verlaufende Spirochätensepsis getötet werden, Ich habe Fälle beobachtet, in denen, wenn man 6 Wochen abrechnete, in denen die Spirochäten bis ins Placentarblut gelangten, in 2, in 4, in 7 und in 10 Wochen schon der Tod der Frucht herbeigeführt wurde. In dem siebenwöchentlichen Fall wurde dabei die Mutter erst im 7. Monat von einem zweiten Mann infiziert und gebar 8—10 Tage zu früh, etwa 13 Wochen nach der Infektion, ein totes nachweisbar luetisches Kind. Im allgemeinen ist das postkonzeptionell übertragene Virus je früher um so verderblicher für den sich bildenden Organismus. Die wachsende Widerstandskraft des sich entwickelnden fötalen Organismus ist ein nicht zu unterschätzender Faktor. Das ergibt schon der Gegensatz zwischen Spirochätenreichtum der Frucht zur Spirochätenarmut des Erwachsenen. Auch sind in den ersten fünf Monaten die histologischen Veränderungen, also die Gewebsreaktionen der fötalen Organe, gegen das Virus äußerst minimale. Auch mit dem wachsenden placentaren Schutz muß gerechnet werden, mit diesem enorm blutreichen und damit für die Spirochäte ungeeigneten Organ, das vielleicht auch Schutz- und Immunstoffe enthält.

Auch das Alter einer schon vor der Gravidität vorhandenen Lues ist nicht unbedingt maßgebend für die Affizierbarkeit der Frucht. Nach 6, nach 10 Jahren kann eine Gravidität noch eine luetische Frucht hervorbringen. Auch die ganz latente Lues der Mutter, eine besondere Affektion, die ich eingehend beschrieben habe, kann zur Lues des Kindes führen.

Nothafft betont, daß ein Übergang der Lues vor Entwicklung des Placentarkreislaufs nicht möglich ist. Aber die germinative Übertragung ist doch noch keineswegs endgültig widerlegt, und ebenso ist auch eine deciduale Infektion des jungen Ovulum denkbar. Jedenfalls sind weitere Spirochätenstudien an ganz jungen luessuspekten Embryonen, die man nach meinem Vorgang in toto versilbern kann, dringend erwünscht.

Ob die Maceration der Haut immer eine direkte Spirochätenwirkung auf die Haut darstellt, erscheint doch fraglich, da eine solche Maceration auch bei sonstigen nicht durch Lues abgestorbenen Früchten zur Beobachtung kommt und oft gerade die macerierten Früchte weder mikroskopisch Spirochäten noch biologisch Antigene ergeben.

Nothafft stellt sich ganz auf Matzenauers Standpunkt, daß es keine gesunde Mutter eines syphilitischen Kindes gibt. Die so-



genannten Ausnahmen der Colles-Baumèschen Regel seien nicht stichhaltig. Ich glaube jedoch, daß auch Matzenauer die Widerlegung der Fälle Rankes, Cochis, Neuhaus', Pellizaris nicht ganz gelungen ist. Vor allem ist der Fall Rogina sehr schwerwiegend: Von einem 31jährigen unbehandelten Luetiker bekommt eine Frau 2 luetische Totgeburten, dann ein Kind, das 2 Monate alt an Lues stirbt. 1 Monat nach der Geburt dieses Kindes, das von der Mutter gesäugt wird, bekommt die bisher gesund erscheinende Frau an beiden Brustwarzen Rhagaden, aus denen sich Ulcera entwickeln, die unter Kalomelbehandlung abheilen. Nach einem Monat tritt eine Roseola auf. Eine Schmierkur und Jodkali bringen die luetischen Symptome zum Verschwinden. Es wäre hier höchstens noch der theoretische Ausweg denkbar, ein spontanes Erlöschen einer latenten Lues der Mutter anzunehmen und dann eine Reinfektion derselben. Einen ähnlichen Fall hat auch Novy beschrieben. Vielleicht gibt es aber doch eine Immunität bei Lues, die die Möglichkeit offen ließe, daß eine Frau durch das Tragen eines ex patre syphilitischen Kindes Immunität erwerben könne. Ich habe dafür im Zentralbl. f. Gynäkol. Nr. 15, 1909, eine Reihe von schwerwiegenden Argumenten angeführt. Gewiß habe ich selber mit den neuen Hilfsmitteln latente Lues anscheinend immuner Mutter nachweisen können. Mein Nachweis luetischer Antistoffe in der Muttermilch (Dez. 1906) und Buschkes Spirochätenbefund im Saft der Inguinaldrüsen hatten ja die prinzipielle Bedeutung der ersten Feststellung objektiver Luessymptome bei im übrigen jederzeit völlig gesund erscheinenden Frauen. Dennoch habe ich auch entgegengesetzte Resultate bei Frauen des Collschen Typus gewonnen! So gebar eine II para, die immer gesund erschien, ein Kind, das 8 Wochen alt starb, mit Pemphigus lueticus usw. Zwei erbsengroße Leistendrüsen wurden der sonst symptomlosen Frau exstirpiert. Ich wies in den fötalen Organen reichlich Spirochäten nach, nicht jedoch in den Leistendrüsen der Mutter. Und die Wa.R. des mütterlichen Blutserums fiel negativ aus. Also auch mit modernen diagnostischen Methoden kein Anhaltspunkt für eine Lues der Mutter. Ich selber rechne gewiß auch mit der Möglichkeit, daß die anfangs von fast sämtlichen führenden Syphidologen erbittert bekämpfte Ansicht Matzenauers sich möglicherweise ganz durchringen kann, daß es keine germinative, nur eine placentare Übertragung gibt; ich halte es aber für Pflicht, vorurteilslos das Für und Wider nach allen Seiten zu prüfen und nicht voreilig sich auf einen dogmatischen Standpunkt festzulegen.

In Konsequenz seiner Anschauung hat Nothafft die Profetasche Regel für falsch erklärt. Die Übertragung von Immunstoffen von Mutter auf Kind wäre jedoch in der Pathologie nichts Außergewöhnliches. Jedenfalls aber könnte eine solche von der Mutter erworbene Immunität nur sehr flüchtiger Natur sein. Luesinfektion monate-

oder gar jahrelang post partum kann also keinesfalls als „Profeta-Ausnahme" gelten. Bauer fand 6mal negativ reagierende Kinder bei positiv reagierenden Müttern. Aber weder dies Moment, noch das Fehlen von Spirochäten kann allein etwas beweisen, auch das Ausbleiben der kindlichen Infektion trotz nachweislicher Gelegenheit zur Infektion in den ersten Tagen muß hinzutreten. Nothafft lehnt spermatische und ovuläre Infektion ab. Die Möglichkeit einer solchen habe ich im Zentralbl. f. Bakteriol. Bd. LI, H. 3, eingehend diskutiert. Wichtige Analogien bietet das Eindringen des Virus in die Eier bei Hühnerpest und Hühnercholera, ferner von symbiotischen Algen in die Eizellen von Spongien. Ferner gehen die Pyrosomen des Texasfiebers auf die Ovula der Zecken und durch sie auf deren Deszendenz über. Der spermatische Infektionsmodus bei der Pebrine ist noch nicht sicher gestellt, wohl aber anscheinend bei der Lepra. Testikel und Samen Lepröser führen Leprabacillen. 6% der Kinder sind leprös. Zambaco publizierte einen Fall, daß ein Lepröser mit einer Nichtleprösen mehrere Kinder zeugte, zuerst drei nichtlepröse, dann folgten zwei Aborte, dann ein Kind, das bei der Geburt lepröse Efflorescenzen zeigte und rasch an Lepra zugrunde ging.

Im Ovulum habe ich die Spirochäte nachgewiesen und abgebildet. Mit Sperma hat man Menschen (Rochon) und Affen (Finger) syphilitisch infizieren können. Zwischen Hodenparenchym und Spirochäten besteht eine auffallende Affinität. Ein weiteres Verdachtsmoment fand ich darin, daß in fünf meiner Fälle gerade die Leber, in der sich bei placentarer Übertragung die Spirochäten zuerst ansiedeln müßten, im Gegensatz zu andern Organen spirochätenfrei war, in einem Fall auch biologisch als antigenfrei nachgewiesen werden konnte. Mit meinen Ausführungen möchte ich nur darauf hinweisen, daß auch heute das Vererbungsproblem der Lues noch nicht völlig geklärt ist und daß speziell die drei großen Probleme der Luesimmunität, der germinativen Übertragung und der Lueslatenz noch immer erneuter Forschung und Durcharbeitung bedürfen.

Autoreferat.

Petién, Karl. Ein Fall von syphilitischer Affektion im Musculus biceps. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 26. p. 617. 1918.

Plötzlich auftretende, stark schmerzhafte Schwellung des M. biceps, die mit heftigen Entzündungserscheinungen, aber nur kurz dauernder und geringer Temperaturerhöhung einherging. Anamnese negativ; anfangs sprach auch der klinische Befund nicht für Syphilis. Nach kurzer Zeit entwickelte sich jedoch das typische Bild einer Muskelsyphliis. Die Wa.-R. zeigte geringe Hemmung, die nach antiluetischer Behandlung (Schmierkur und Jodkali) verschwunden war. Ebenso gingen dabei auch die übrigen Erscheinungen zurück.

Krakauer (Breslau).

Hotz, A. Die Heilung der kongenitalen Knochensyphilis im Röntgenbild unter dem Einfluß der spezi-



fischen Therapie. Korrespondenzbl. f. Schweiz. Ärzte 1918. Nr. 20. p. 631.

Fall von hereditärer Lues bei einem 3 Monate alten Kinde, das in der Feerschen Klinik behandelt wurde. Neben anderen luetischen Erscheinungen litt das Kind an multiplen Periostitiden und Osteochondritiden, deren Heilung unter der kombinierten Neosalvarsan-Hg-Kur im Röntgenbild in instruktiver Weise beobachtet werden konnte. Max Winkler (Luzern).

Nobl, G. Variköse Erkrankungen und Syphilis. Wien. klin. Wochenschr. 1917. Nr. 7.

In Festigung früherer Untersuchungen kann Nobl nur neuerdings der Anschauung Raum gewähren, daß die Syphilis zum varikösen Symptomenkomplex in keiner engeren pathogenetischen Beziehung steht und der verwirrende Begriff des varikös-syphilitischen Geschwüres aus der Syphilislehre auszuscheiden ist. Die im Erscheinungsbereich der Venenentartung auftretenden Knochenveränderungen heben sich in Form umschriebener Periostosen der Flächen und Innenkanten beider Unterschenkelknochen am mittleren und unteren Drittel ab und sind als häufige banale Begleitsymptome des Leidens anzusprechen. Von diesen wechselnden Auftreibungen weichen die typischen irretativen und genuösen Ostitiden wesentlich ab.

Viktor Bandler (Prag).

Péter, Fr. Über die angebliche Verminderung des Rhodangehaltes im Speichel bei Syphilis. Wien. klin. Wochenschrift 1917. Nr. 19.

Die Untersuchungen zeigen, daß der Rhodangehalt des Speichels Syphilitischer keine regelmäßige Abnahme, sondern ebensolche Schwankungen wie der gesunder Individuen aufweist.

Viktor Bandler (Prag).

Brandweiner, A. Reinfektion bei Tabes dorsalis. Wien. klin. Wochenschr. 1917. Nr. 47.

Bei dem Patienten hatte vor 20 Jahren die erste luetische Infektion stattgefunden; nach ca. 10 Jahren zeigten sich die ersten Anzeichen von Tabes, die allmählich zum Stillstand kam, doch jetzt bei der Untersuchung vom Neurologen zweifellos sichergestellt wurde. In diesem Stadium akquirierte der Patient einen Primäraffekt mit nachgewiesenen Spirochaete pallidae. Der Wassermann war bei der ersten Untersuchung, $4^1/_2$ Wochen nach der Infektion, negativ, nach 1 Woche positiv. Der Fall erscheint, gegen die Annahme eines Monorezidivs spricht der lange Zeitraum zwischen erster Infektion und dem Auftreten des jetzigen Affektes, bemerkenswert, weil die Neuinfektion nicht nur ein Beweis für die Heilbarkeit der Syphilis, sondern auch für die Heilbarkeit der Tabes ist. Viktor Bandler (Prag).

Seidl, A. Über extragenitale Syphilisinfektionen zur Kriegszeit. Wiener medizinische Wochenschr. 1917. Nr. 50.

Der Autor beobachtete auf der Abteilung Ehrmann in der Zeit



von Januar 1915 bis Februar 1917 25 extragenital lokalisierte Primäraffekte; unter diesen waren 2 Fingersklerosen, 10 Lippen-, 10 Tonsillarsklerosen, 1 Zungensklerose und 1 Sklerose auf dem oberen Augenlid. Viktor Bandler (Prag).

Lichtenstein. Beitrag zur Frage der Reinfektion bei Lues. Wien. klin. Wochenschr. 1916. Nr. 38.

Die Immunität nach überstandener Lues kann schon im ersten Jahre nach der ersten Infektion aufhören. Eine Retroinfektion des geheilten Individuums durch die ursprünglichen eigenen, bei einem anderen Wirte virulent gebliebenen Spirochätenstämme ist demnach möglich. Das Aufhören der Immunität läßt den Schluß zu, daß durch die kombinierte Quecksilber-Salvarsanbehandlung der luetische Prozeß nicht auch im bakteriologischen und serologischen Sinne zur Ausheilung zu bringen sei. Viktor Bandler (Prag).

Finger, E. Betrachtungen über Entstehung und Verlauf der syphilitischen Exantheme. Wien. klin. Wochenschr. 1916. Nr. 25.

Bezüglich der Morphologie zeigen das erste Exanthem und alle Rezidivexantheme gewisse Unterschiede. Das erste Exanthem charakterisiert sich durch zahlreiche kleine Efflorescenzen, bei den Rezidivexanthemen sind die Efflorescenzen wesentlich geringer, aber größer. Auch für die Exantheme ist eine Inkubationszeit anzunehmen, dementsprechend am Orte der Entstehung der Efflorescenz das Virus bereits deponiert erscheint. Die Efflorescenzen des ersten Exanthems haben kaum eine Neigung zu peripherem, exzentrischem Wachstum, sie lassen stets Brücken normaler Haut zwischen sich. Beim ersten Exanthem der Lues maligner treten succulente Papeln auf, die exzentrisch anwachsen; die Papel des lentikulären, typischen, papulösen Syphilids unterscheidet sich außer durch den Zerfall derselben auch dadurch, daß von der Papel der Lues maligna das erstere nur bis zu einer beschränkten Größe heranwächst, letztere eines fast unbegrenzten exzentrischen Wachstums fähig ist; bei der Lues maligna versagen die Abwehrerscheinungen, negativer Wassermann. Beim klein-makulo-papulösen oder lentikulären Syphilid verschwindet bei spontanem Ablauf die Mehrzahl der Efflorescenzen rasch, an gewissen Hautstellen, wie Nacken, Hals, Ellbogen usw. kommt es gelegentlich zu progressiven Veränderungen. Hier wachsen die lentikulären Papeln exzentrisch aus, gleichzeitig heilt das Zentrum ab, so daß es zur Bildung von Ringen und Ovalen kommt. Die Rezidiven entstehen aus an Ort und Stelle liegengebliebenem Virus, das durch einen Gleichgewichtszustand zwischen Virus und örtlichen Abwehrerscheinungen längere Zeit latent gehalten wurde, nicht zur Proliferation kam. Daß die Rezidive von in loco zurückgebliebenem Virus und dessen exzentrischem Ausschwärmen nach der Peripherie längs den Lymphgefäßen erfolgt, sieht man am deutlichsten an den korymbeformen Syphiliden. Im Zentrum einer sol-



chen Plaque findet sich eine braunrote Pigmentierung als Überrest einer lentikulären Papel, um diese Papel findet sich ein scharf gezeichneter Ring normaler Haut und erst nach außen von dieser finden sich hirsekorngroße Knötchen. Diesen Ring bezeichnet Finger als immune Zone. Anders stehen die Verhältnisse beim echten zerfallenden Gumma, hier fehlt die immune Zone, das Infiltrat schreitet in Form eines Walles gleichmäßig exzentrisch weiter. Die bekannte Nierenform des Gumma ist ein Beweis, daß an einer Stelle des bisher geschlossenen Ringes das Vorschreiten des Virus auf Hindernisse in der Haut stößt, zugrunde geht, während an den anderen Stellen des nun bogenförmigen Konturs Proliferation des Virus und Fortschreiten des Infiltrates zustande kommen kann. Die Abortiobehandlung der Syphilis, d. h. deren Ausheilung vor dem Zustandekommen hämatogener Aussaat des Virus, bedeutet einen Schritt nach vorwärts. Die Hauptarbeit bei der Ausheilung hängt von den lokalen Verhältnissen, der Abwehrfähigkeit des Gewebes ab, und wo diese fehlt, lassen die Antisyphilitica im Stich.

Viktor Bandler (Prag).

Schrumpf. Die Häufigkeit syphilitischer Erkrankungen in der inneren Medizin. Dtsch. med. Wochenschr. 1918. Nr. 28.

Unter 4280 syphilitischen Patienten bestanden Erkrankungen der inneren Organe bei 414. In 59,9% war die Wa.R. positiv. Der größte Teil der internen Luesfälle betraf die Zirkulationsorgane mit 56,76%, hauptsächlich die Aorta; 23,43% das Nervensystem, 8,45% die Leber, 3,14% die Lungen. Perniziöse Anämie kam in 1,45%, Knochengummata in 1,21%, chronische Arthritis in 0,72%, Lues hereditaria tarda in 0,72% und Nephrose in 0,48% vor.

Max Joseph (Berlin).

Chotzen, F. Über Vorkommen und Bedeutung der Scapul. scaphoid. Berl. klin. Wochenschr. 1918. Nr. 40. p. 949.

Nach Graves ist die Scap. scaph. — Konkavität des vertebralen Randes, die schon in der 7. Embryonalwoche auftritt — ein Zeichen heredit. Lues. Chotzen untersuchte 400 Kinder Breslauer Hilfsschulen und fand sie bei 59%; höchstens 22% von den 270 Kindern mit diesem Zeichen hatte Syphil. hered. (ohne serol. Prüfung). Dagegen hatten 143 Kinder (53%) Zeichen von Rachitis. Häufig war ferner festzustellen Verbindung mit tuberkulöser Belastung, Idiotie, Entwicklungshemmungen und andere Degenerationszeichen.

Krakauer (Breslau).

Stein, Friedrich Wilhelm., Beitrag zur Kenntnis der Tabo-Paralyse des weiblichen Geschlechtes. Inaug.-Diss. Kiel 1917. 45 S. M. 1.50.

Trotz Noguchis epomachender Entdeckung der Spirochaete pallida im Rückenmark und Gehirn sind die Akten über Wesen



und Entstehung der sog. parasyphilitischen Krankheitsformen Tabes und Paralyse noch lange nicht abgeschlossen.

Es sind noch offene Fragen: Warum muß eine schwindende Minorität der syphilitisch Erkrankten an diesen Krankheiten leiden, liegt es in der individuellen Disposition oder in der Art der Spirochäten? Wodurch ist das Häufigkeitsverhältnis der männlichen und weiblichen Paralyse von 3 : 5,1 zu erklären; ist die männliche Taboparalyse von der weiblichen verschieden usw.?

Letztere Frage erörtert der Verf.; er fand, daß das Geschlecht einen sehr geringen Einfluß auf die Symptomatologie der Tabo-Paralyse ausübt; psychisch bewegen sich die Unterschiede innerhalb der Grenzen der Individualität, beim weiblichen Geschlecht modifiziert und angepaßt dem anders gearteten und begrenzteren Interessengebiet und Vorstellungskreise.

Das Alter der Frauen im Beginn des Krankheitsprozesses schwankt zwischen 32—50 Jahren. Prognostisch ist nach den bisherigen Erfahrungen der Tod unvermeidlich, denn was man bisher als Heilungen angesehen hätte, seien nur Remissionen gewesen.

J. R. Thim (Wien).

Cohn, Theodor. Über Syphilis der Prostata. Berl. klin. Wochenschr. 1918. Nr. 50. p. 1200.

Ein ungenügend behandelter latent Luetiker erkrankt an völliger Harnverhaltung bei stark gestörtem Allgemeinbefinden. Vom Mastdarm aus war nur eine mäßige Schwellung der Vorsteherdrüse feststellbar; doch war an einer Stelle in dem derben Gewebe eine Lücke tastbar. Blasenspiegelung zeigte an der entsprechenden Stelle ein dreistrahliges, tiefes Geschwür der Blasenschleimhaut, das klinisch für Lues und Tuberkulose verdächtig aussah. Gegen Tb. sprachen jedoch der milde Verlauf, das Fehlen der Schmerzen und der negative Ausfall der Alttuberkulinreaktion. W.R. negativ. Da antiluetische Behandlung rasche Heilung des Geschwürs brachte, ist die Diagnose auf Prostatitis gummosa mit Zerfall zu stellen. Krakauer (Breslau).

Jacobsen, Carl. Syphilis und Neurorezidiv des Nervus acusticus. Ugeskrift for Läger 1919. Nr. 11. p. 471—481.

Kasuistische Mitteilung von 4 Fällen.

Harald Boas (Kopenhagen).

Boas, Harald. Ein Fall von tertiärem Erythem bei einem Kinde mit kongenitaler Syphilis. Hospitalstidende 1919. Nr. 2. p. 41—43.

In deutscher Sprache in der „Dermatologischen Wochenschrift", 1919. p. 273 publiziert. Harald Boas (Kopenhagen).

Berent. Ein Fall von Reinfectio luetica. Münch. med. Wochenschr. 1916. Nr. 39. Feldärztl. Beil. p. 637.

Mitteilung eines Falles von Reinfectio luetica. Pat. wurde das erstemal bei negativer Wassermannscher Reaktion nur mit Salvarsan-Natrium ohne Hg behandelt. Alfred Perutz (Wien).

Narbel, P. Syphilitische Infektion durch einen anscheinend geheilten Primäraffekt. Revue médicale de la Suisse romande 1919. Nr. 4. p. 183.

Ein Mann wurde wegen eines Primäraffektes mit positivem Spirochätenbefund, bei noch negativem Wassermann am 22. I. 1919 vom Verf. in Behandlung genommen. Am 1. II. schien der Primäraffekt klinisch geheilt zu sein. Patient wurde mit Novarsenobenzol behandelt. Am 16. II. hatte er Verkehr mit seiner Geliebten, nachdem er schon 5 intravenöse Injektionen bekommen hatte. Am 17. III. konstatierte Verf. beim Verhältnis des Patienten ebenfalls einen Primäraffekt mit Spirochaete pallidae. Eine andere Übertragungsmöglichkeit scheint nicht in Frage zu kommen. Nach Verf. mahnt dieser Fall zu größter Vorsicht in der Beurteilung der Übertragungsmöglichkeit anscheinend geheilter luetischer Läsionen.

Max Winkler (Luzern).

Hall, H. C. Über den Nachweis von Spirochäten bei Dementia paralytica. Hospitalstidende 1919. Nr. 24. p. 729 bis 744.

Nach der Methode von Jahnel hat Verf. in 2 Fällen Spirochäten im Gehirn bei Dementia paralytica gefunden.

Harald Boas (Kopenhagen).

Boas, Harald und *Wissing*, Untersuchungen über die syphilitische Ätiologie der Appendicitis. Hospitalstidende 1919. Nr. 23. p. 709—711.

In deutscher Sprache in der dermatologischen Wochenschrift publiziert. Harald Boas (Kopenhagen).

Hudovernig, K. (Budapest). Über den Wert der neueren Behandlungsarten der progressiven Paralyse. Neurol. Zentralbl. 1916. Bd. XXXV. p. 69.

Auf Grund der Behandlung von 40 Paralytikern erklärt Hudovernig den Heilwert der mit Quecksilber nicht kombinierten Tuberkulin- und Nucleinkuren für minimal und meint, daß bei der Behandlung der progressiven Paralyse an erster Stelle die ausschließlich antiluetische Behandlung (50—60 Hg-Einreibungen oder 30—40 Injektionen, Präparat gleichgültig) steht und daß derselben am nächsten die mit ihr kombinierte Nucleinkur kommt. P.

Jolowicz, E. (Hellerau-Dresden). Die Wassermannreaktion bei Angehörigen von Luetikern, insbesondere Paralytikern. Neurol. Zentralbl. 1916. Bd. XXXV. p. 146.

Von 33 Familien mit 71 Personen — ausschließlich der Patienten — war das Serum inaktiviert bei 15, d. i. 21% der Individuen positiv, aktiv untersucht ergab sich 54,9% positiv. Es reagierten also in 41,4% der Paralytikerfamilien mindestens 1 Mitglied in inaktivem Serum positiv; die positiven Resultate im aktiven Serum mitgerechnet erhöht sich die Zahl der infizierten Familien auf 17, d. i. 58,6%. Berücksichtigt man den Zeitpunkt der Infektion und



der Verheiratung, so finden sich positive Resultate bei Familienangehörigen naturgemäß am häufigsten bei Verheiratung kurz nach der Infektion, aber auch noch bei einem Manne, der 9 Jahre nach der Infektion geheiratet hatte, fand sich bei Familienangehörigen ein positives Resultat im aktiven Serum. P.

Edel, M. und *Piotrowski*, A. Beitrag zur Verwertung der Wassermannschen Reaktion bei progressiver Paralyse. Neurol. Zentralbl. 1916. Bd. XXXV. p. 188.

Mitteilung von 9 Fällen von beginnender progressiver Paralyse mit zum Teil negativer Luesanamnese und durch Fehlen somatisch-psychischer Symptome erschwerter Diagnose. Wassermann im Serum regelmäßig negativ, ebenso Phase I und Pleocytose, hingegen im Liquor cerebrospinalis auch bei geringen Mengen (0,1—0,2 ccm) Wa.R. positiv, so daß ihm die ausschlaggebende Bedeutung zugeschrieben werden muß. P.

Jahnel (Frankfurt a. M.). Über die Lokalisation von Spirochäten im Gehirn bei der progressiven Paralyse. Neurol. Zentralbl. 1917. Bd. 36. p. 402.

Jahnel hat die besten Resultate entweder mit dem Kollargolverfahren nach Nitzsche oder einem eigenen Verfahren der Schnittfärbung, welches er später publizieren wird, erhalten. Er unterscheidet 2 Arten der Lokalisation der Spirochäten im Gehirn, erstens umschriebene Ansammlungen, die er bienenschwarmartig nennt und zweitens eine diffuse Verteilung, welche fast ausschließlich die graue Substanz betrifft; in der obersten Rindenschicht (Neurogliaschicht) finden sich nur ausnahmsweise Spirochäten. Mitunter durchwachsen die Spirochäten die ganze Gefäßwand und wuchern den Gefäßen entlang; man findet sie auch in den subcorticalen Ganglien und der Kleinhirnrinde. Am zahlreichsten finden sie sich im Stirnhirn, besonders dem Stirnpol; nach hinten zu pflegt ihre Zahl geringer zu werden. P.

Siebert, H. (Libau). Trauma, funktionelle Störung und Lues cerebri. Neurol. Centralbl. 1917. Bd. XXXVI. p. 1003.

Ein 24jähriger Mann hat nach einer starken Explosion eine funktionelle Stummheit bekommen, die nach ein paar Tagen vorüberging; 2 Wochen später waren die anfangs sicher ganz normalen Pupillen absolut starr und zeigten Akkommodationslähmung, später leichte Ptosis, Infektion anfangs geleugnet, aber Wa.R. positiv. Auf Hg, Jod und Salvarsan Rückgang der Erscheinungen. Siebert betont, daß hier durch die Gewalteinwirkung und den derselben folgenden Shock latente Syphilisspirochäten beweglich gemacht wurden und so in auffallend kurzer Zeit eine Lues cerebri hervorriefen. P.

Neumann, J. (Hamburg-Barmbek). Zur Meningitis acuta syphilitica. Zentralbl. f. inn. Med. 1918. Jahrg. 39. p. 609.

Während die Meningitis syphilitica meist nur als chronisch



beginnendes und verlaufendes Krankheitsbild angesehen wird, gibt es Fälle, bei welchen erst plötzlich eintretende Exacerbationen den Patienten zum Arzte führen; einen solchen teilt Neumann aus Reiches Abteilung mit. Der 32jährige Mann stürzte 2 Jahre nach der Infektion bewußtlos zusammen, zeigte Pupillendifferenz, träge Lichtreaktion, linksseitige Facialisparese und Spasmen an den Extremitäten, dann epileptiforme Anfälle, starke Zuckungen im rechten Arm, Déviation conjuguée nach links, Tod am 11. Tage. Die Sektion des niemals spezifisch behandelten Falles ergab eine offenbar schon längere Zeit bestandene Leptomeningitis luetica, besonders in den vordersten Abschnitten und an der Basis. Es gibt aber noch viel akuter einsetzende Fälle, wie der eines 29jährigen Mannes aus Rumpels Abteilung, der in epileptiformem Anfall eingeliefert, deutlichen Kernig, Nackensteifigkeit und Hyperästhesie am ganzen Körper zeigte. Dabei 37,8°. Liquor mäßig getrübt, Zellen erheblich vermehrt (200: 3), fast durchwegs Lymphocyten. Druck 150 ccm Wasser. Wa.R. positiv. Nach 3 Tagen Bewußtsein klar, Anamnese ergibt Aufenthalt in Lungenheilstätte und Tuberkulinbehandlung vor $2^1/_2$ Jahren, Initialsklerose vor $2^1/_2$ Monaten, danach gleich Quecksilberkur und Salvarsan auf neuerliche Quecksilber- und Salvarsanbehandlung. Abklingen der meningitischen Erscheinungen. Die Wa.R., die im Blute stets negativ war, wurde bald auch im Liquor, dessen Zellenzahl auf 12: 3 sank, negativ. Neumann erklärt die starken meningitischen Reizsymptome, welche zunächst an eitrige M. denken ließen, durch diffuse Ausbreitung der gummösen Infiltration über größere Teile der Konvexität. P.

Hochheim, K. (Gotha). Tod im Status epilepticus infolge von Lues. Eine Beobachtung aus dem Felde. Zentralbl. f. inn. Med. 1917. Jahrg. 38. p. 202.

21jähriger Mann, im April 1915 an Lues erkrankt und sofort mit Einspritzungen und Schmierkur behandelt, welche im Januar 1916 wiederholt wurde. Im Dezember 1915 in der Nacht Krampfanfälle, von denen er selbst nichts merkte, dann frei bis Mitte November 1916, wo ein leichter Anfall und 2 Tage später gehäufte Anfälle auftraten, die nach 8 Stunden zum Tode führten. Wa.R. positiv. Die Sektion ergab Pachymeningitis hämorrhagica interna und ein erbsengroßes Gumma im rechten Stirnhirn. P.

Dietz, L. Eduard. Ein Beitrag zur Frage der Lues-Epilepsie. Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk. 1919. Bd. LXIII. p. 298.

Der 35jährige Mann, dessen Vater Trinker und mit Anfällen behaftet gewesen ist und von dem ein Bruder wegen Anfällen aus dem Heeresdienste entlassen worden war, hatte schon seit dem 20. Jahr 3—4mal im Jahre Anfälle, die auch durch die Strapazen des Feldzugs nicht geändert wurden. $1^1/_2$ Jahre nach Ansteckung mit Syphilis, die wiederholt intensiv behandelt wurde, tritt eine Häufung



der Anfälle und schließlich ein schwerer Status epilepticus ein, in dem vorwiegend die rechte Körperseite von Krampferscheinungen befallen ist. Nach diesem Status macht sich eine geistige Schwäche bemerkbar, die nach einem weiteren, drei Monate später auftretenden Status einen erheblichen Grad erreicht. Nachdem akutere postparoxystische geistige Störungen abgeklungen sind, bleiben geistige Schwerfälligkeit, Umständlichkeit usw. als Dauerveränderungen zurück. Liquor nicht besonders verändert, Wassermann anfangs negativ, später positiv, auch nach Hg-Salvarsan.

Es handelt sich also um erhebliche Verschlimmerung einer genuinen Epilepsie im Anschlusse an eine mit primären und sekundären Symptomen einhergehende, therapeutisch stark beeinflußte Syphilis. Die hereditär-epileptische Anlage wird durch die Lues verstärkt, was für die Auffassung dieser Fälle als toxisch-dynamisch bedingt spricht. Man wird eine solche latente Disposition auch durch Ausfragen vor Einleitung einer energischen Salvarsanbehandlung zu eruieren haben. P.

Hubert, G. (München). Zur Klinik und Behandlung der Aortensyphilis. Deutsches Archiv f. klin. Med. 1918. Bd. CXXVII p. 317.

In $5^1/_2$ Jahren wurden an v. Rombergs Klinik in München 220 Patienten mit luetischen Aortenerkrankungen beobachtet, und Hubert bespricht eingehend die pathologische Anatomie und die Klinik derselben. Die Wassermannsche Reaktion war in 85% positiv, in 25% handelte es sich um Tabiker, in 26% der Fälle fand sich Vergrößerung der Milz, anderweitige tertiär-luetische Veränderungen aber selten. Das Durchschnittsintervall zwischen Infektion und Auftreten der ersten Erscheinungen beträgt $23^1/_2$ Jahre, so daß die Mehrzahl der Patienten im Alter von 40—55 Jahren steht. Unter 1485 Luesfällen fanden sich 216 Fälle von Aortensyphilis (14,6%); Männer erkranken doppelt so häufig als Frauen, wahrscheinlich wegen stärkerer Beanspruchung der Aorta durch körperliche Arbeit, Alkohol und Tabak. In 35% der Fälle fehlten alle subjektiven Beschwerden, meist aber bilden Druck hinter dem oberen Teil des Brustbeins und Schmerzen in der Höhe der zweiten und dritten Rippe mit Ausstrahlung in den linken Arm Frühsymptome der Aortenlues; Hubert vermutet ihren Grund in einer Reizung der Nerven der Aortenwand durch lymphocytäre Infiltration oder narbige Einscheidung. In der Mehrzahl der Fälle zeigen die Kranken eine für Lues charakteristische Hautfarbe; sie sind eigentümlich blaßgrau, die Haut sieht ledern aus und hat manchmal einen Stich ins Gelbliche oder Bräunliche, wie bei Carcinomkranken. Hubert bespricht eingehend die perkutorischen und röntgenologischen Befunde und die Schwierigkeit der Trennung der syphilitischen Aortitis von der arteriosklerotischen, ferner die Komplikationen durch Beteiligung der Coronargefäße, durch Insuffizienz der Aortenklappen



sowie durch Aneurysmabildung, welche letztere er in 16% sah, aber für weniger lebensverkürzend hält, als die Aorteninsuffizienz. Als Behandlung wird in der Rombergschen Klinik lediglich das Salvarsannatrium angewendet — $4-4^1/_2$ g in steigenden Dosen von 0,15—0,45, was in drei- bis viermonatlichen Zwischenräumen zu wiederholen ist. Auch bei Besserung der subjektiven Symptome und mehrjährigem Stillstand des Prozesses durch die Behandlung wird die Wa.-R. oft nicht beeinflußt. Die antiluetische Behandlung nützt nur, wenn sie energisch und genügend lange durchgeführt wird. P.

Oigaard, A. (Kopenhagen). Syphilitische Herzkrankheiten und Wassermann-Reaktion. Zeitschr. f. klin. Med. 1916. Bd. LXXXII. p. 375.

Es besteht kein Parallelismus zwischen Stärke der Wa.R. und Intensität der luetischen Herz- und Gefäßkrankheiten. Oigaard sah eine Reihe Fälle mit negativer Reaktion und trotzdem recht schweren Symptomen, welche nur durch eine spezifische Behandlung beseitigt wurden und teilt 15 solche Krankengeschichten mit, von welchen 10 negative und 5 schwach positive Reaktion mit 0,2 ccm gaben. Manche der Fälle, die mit 0,2 ccm Serum negative Reaktion geben, zeigen eine positive bei Verwendung der doppelten oder vierfachen Serummenge. Die reinen Aortitiden reagieren negativ, die Myokarditiden schwach positiv, die Aorteninsuffizienzen stark, die Aneurysmen sehr stark positiv. Die neben den Schmerzen und Müdigkeit besonders hervortretende Kurzatmigkeit deutet Oigaard als Müdigkeit der Atmungsmuskulatur. Klinisch wird noch hervorgehoben, daß die Anfälle drückender Schmerzen öfters in der Nacht eine Stunde nach dem Einschlafen auftreten, ferner eine auffallende Blässe der Gesichtshaut gegenüber stark roter Farbe der Schleimhäute. Temperatursteigerungen bis 38°, besonders bei Myokarditis. Auffallend klingender Aortenton, die Prognose hängt vom Sitz des Leidens ab. Aortitiden und Aorteninsuffizienzen, auch wenn sie negativ reagieren, sowie nicht zu große Aneurysmen können durch die Behandlung sehr gebessert werden und längere Zeit arbeitsfähig sein. Weniger gut ist die Prognose der Myokarditiden. Bei der Behandlung ist die Wahl des Präparates wahrscheinlich weniger wesentlich, Oigaard bevorzugt interne Darreichung von Hg-Bijod. rubr. (0,4) gelöst in Jodnatrium 20,0: 180,0, 3 mal täglich 1 Teelöffel, häufige Bäder, wenig Tabak und Kaffee, kein Alkohol. Behandlungsdauer 4—6 Wochen, nach 6—12 Monaten Wiederholung. P.

Jürgensen, E. (Kiel). Bewertung von Capillarpulsbeobachtungen mit besonderer Berücksichtigung luetischer Aortenveränderungen. Zeitschr. f. klin. Med. 1916. Bd. LXXXIII. p. 291.

Im Kieler Marinelazarett, das übrigens auch Landsoldaten ent-



hielt, fand sich luetische Aortitis recht häufig, oft als Nebenbefund. Jürgensen schätzt die Häufigkeit bei Luetikern auf über 50% und setzt den Beginn relativ früh an, vielleicht schon in das Sekundärstadium. Jürgensen bespricht einzelne Fälle mit Sektionsbefunden, von welchen zwei neben Schrumpfung und Verdickung der Aortenklappenränder auch ein Auseinanderweichen der Klappen an ihren Ansatzpunkten zeigen. Da in manchen Fällen Herzgeräusche und Röntgenbefund lange Zeit normal sein können, ist der Nachweis eines positiven Capillarpulses oft ein diagnostisch wertvoller Anhaltspunkt. Auch die Arm-Plethysmographie nach E. Weber während kräftiger Muskelarbeit des Fußes scheint bei luetischer Aortitis charakteristische Befunde (vorwiegend umgekehrte Reaktion) zu geben. P.

III. Therapie.

Stern. Über Entstehung und Verhütung von Salvarsanschädigung. Deutsche med. Wochenschr. 1919. Nr. 41.

Die hier beschriebenen Störungen traten bei einwandfreier Technik fast unmittelbar nach Einverleibung von Salvarsan in Form von Erbrechen, Durchfällen und Fieber oder als urticariaähnliche Erytheme auf, deren Bild wiederum den vom Darm ausgehenden Intoxikationsexanthemen glich. Steigerung bis zu universeller Dermatitis und Abschilferung, bei Darmsymptomen bis zu Ikterus kamen vor. Verf. legt die Hauterscheinungen dem Eindringen der plasmafremden Stoffe in die Blutbahn zur Last und rät ihre schnelle Beseitigung durch Kochsalzinfusionen, Aderlaß und Adrenalin, wobei die Diät sorgfältig zu regeln ist. Das seltene Vorkommen dieser Salvarsanschädigung in der Privatpraxis, ihre häufigere Beobachtung bei Armen, Kassenpatienten und von auswärts eingelieferten Personen erklärt sich vielleicht durch Einflüsse der Ernährung, welche zu Darmstörungen disponieren. Verf. rät zur Prophylaxe, akute Magendarmstörungen vor der Salvarsankur zu heilen, das Salvarsan bei nüchternem Magen zu injizieren und während der Behandlung Alkohol, frisches Obst, Rhabarber, Gurkensalat und ähnliche Speisen zu untersagen. Neben der Diät behandle man die Exantheme lokal mit indifferenten Salben und Bädern. Max Joseph (Berlin).

Gassul, R. Neuritische Radialislähmung nach einer extravenösen Neosalvarsaninjektion. Deutsche med. Wochenschr. 1919. Nr. 25.

Bei der geschilderten Neosalvarsaninjektion war die Lösung anstatt in die V. cephalica in die darunterliegende Muskelnische gedrungen, wonach sich ohne Quaddelbildung starke Schmerzen und Schwellung, Nachlassen der Streckkraft der Finger und schließlich Lähmungserscheinungen der Hand einstellten. Die nähere Untersuchung ergab eine partielle Radialisparalyse. Der Arsenbestand des Neosalvarsan hatte in den Nervenästen des N. radialis, der in



der Muskelnische zwischen Biceps und Brachioradialis liegt, eine Arsenneuritis verursacht, welche zur Paralyse führte.

Max Joseph (Berlin).

Slawik, Ernst. Meningismus nach Injektion von Neosalvarsan bei einem Säugling. Med. Klin. 1917. Nr. 14. p. 395.

Der 5 Monate alte Säugling, über den Slawik berichtet, bekam nach Abschluß einer Schmierkur 0,075 g Neosalvarsan intramuskulär injiziert, bei 5100 g Körpergewicht. 3 Tage später traten tonisch-klonische Krämpfe der Extremitäten auf, Genickstarre, Vorwölbung der gespannten und pulsierenden großen Fontanelle. Die Pupillen waren weit und starr; Patellarreflexe stark gesteigert. Die Lumbalpunktion entleert tropfenweise 3 ccm klare Cerebrospinalflüssigkeit. Langsame Besserung und schließlich Heilung nach Eisumschlägen, Chloralhydrat, Chloroformnarkosen. Das Lumbalpunktat enthält wenige Lympho- und Leukocyten. Bei der Kochprobe mit Hinzufügung von Essigsäure tritt nur eine Trübung ohne Flockenbildung auf. Es erweist sich bakteriologisch als steril. Die Diagnose lautete seröse Meningitis bzw. Meningismus, da die Untersuchung des Lumbalpunktats eine eitrige Meningitis ausschließen ließ.

Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Buchholz, Hubert. Erfahrungen mit Neosalvarsan-Serumlösungen, sowie ein Todesfall im Verlauf dieser Behandlungsmethode. Med. Klin. 1918. Nr. 21. p. 518.

Buchholz hat den Patienten Neosalvarsan in Eigenserum gelöst gegeben. Die Behandlung wurde entschieden schlechter vertragen, als die Anwendung konzentrierter wässeriger Lösungen. Bei mehreren Patienten mußte die Kur wegen Eintritts einer Anämie mit wässerigen Lösungen weiter geführt werden. In einem Fall kollabierte eine Patientin kurz nach der Einspritzung von 0,15 Neosalvarsan in Serum. Die therapeutischen Erfolge waren dieselben wie bei wässerigen Lösungen, sowohl bezüglich der Beeinflussung der klinischen Symptome, wie der Beeinflussung der Wa.R. In einem mit Neosalvarsan in Serum behandelten Falle trat der Exitus ein. Die Sektion ergab: Degeneration des Herzmuskels, serofibrinöse Pleuritis und Pneumonie rechts, akute Leberdegeneration, Cholecystitis mit Cholelithiasis, perihepatische Verwachsungen. Während des Krankheitsverlaufes hatten die Lebererscheinungen und Icterus im Vordergrunde des Krankheitsbildes gestanden. B. nimmt an, daß infolge der Cholecystitis eine gewisse Schädigung des Lebergewebes bereits bestanden hatte, so daß dasselbe dem Neosalvarsan gegenüber gewissermaßen einen Locus minoris resistentiae darstellte.

Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Klewitz, F. Encephalitis haemorrhagica nach Altsalvarsan. Ausgang in Heilung. Med. Klin. 1918. Nr. 26. p. 632.

Der 33jähr. Patient, über den Klewitz berichtet, erhielt



wegen eines Primäraffektes einen Monat nach der Infektion dreimal Altsalvarsan intravenös 0,2. Dann erfolgte eine Schmierkur von etwa 5 Wochen. Nach Beendigung derselben erhielt der Patient wieder drei Altsalvarsaninfusionen an drei aufeinanderfolgenden Tagen von 0,26, 0,18, 0,17. Einen Tag nach der letzten Salvarsandarreichung traten Unbehagen und Kopfschmerz auf, an welche Erscheinungen sich dann krampfartige Anfälle anschlossen. Vorübergehende unwesentliche Besserung nach Aderlaß und Adrenalin. Es entwickelte sich das Bild der Encephalitis haemorrhagica. Behandlung mit Campher, Adrenalin, Coffein und Kochsalzinfusion. Vom dritten Tage an Besserung. Ausgang in Heilung.

Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Fabry, Hermann. Spätikterus und Neosalvarsanbehandlung. Med. Klin. 1918. Nr. 11. p. 260.

Fabry berichtet über eine Gruppe von Fällen, bei denen nach energischer Behandlung einer frischenLues später Ikterus auftrat. Die kombinierte Kur, der diese 7 Patienten wegen eines Primäraffektes unterzogen wurden, bestand aus zehn (bei einem Fall aus zwölf) intravenösen Injektionen von 0,45 Neosalvarsan und einer gleichzeitigen Schmierkur. Nach Beendigung der spezifischen Behandlung symptomfreies Intervall von 2—$2^1/_2$ Monaten in den ersten 4 Fällen, $1^1/_2$ Monate bei Fall 5, 18 Tage bei Fall 6, 8 Monate bei Fall 7; dann tritt plötzlich Ikterus auf, der die Patienten ins Krankenhaus führt und $1^1/_2$—2 Monate dauert. Während der Behandlung des Ikterus tritt kein Zeichen von Lues auf und der Wassermann ist negativ. Die Fälle ähneln denen, die Rehder und Beckmann (Zeitschr. f. klin. Medizin Bd. LXXXIV) als Späticterus bezeichnen und Fabry wirft die Frage auf, ob diese Fälle mit dem Salvarsan in Beziehung stehen. Man kann sie nicht als Monorezidive des Lues bezeichnen, gerade die beobachteten Fälle beweisen das. Schon Neisser hat derartige Ikterusfälle nach Salvarsan beobachtet. Fabry nimmt an, daß ebenso wie für den Frühikterus nach Salvarsan eine vollkommen ausreichende Erklärung durch die Schädigung des Zellplasmas der Leberzellen vorliege, auch für diese Fälle der Schwerpunkt in dem aufgespeicherten Salvarsan mit seiner Leberzellschädigung liege. Natürlich kommen auch Fälle vor, die nicht so beweisend für die Beziehungen des Salvarsans zur Leberschädigung sprechen wie die obigen Fälle, die einem etwas späteren Stadium angehören, wo man an eine syphilitische Lebererkrankung ohne die ersten Beobachtungen denken könnte; auch über derartige Fälle berichtet der Verf. Die Fälle mahnen zu weiterer Vorsicht dem Salvarsan gegenüber. Fabry selber gibt nicht mehr 10 Neosalvarsanspritzen, wie bei den obigen Fällen, sondern nur mehr 6, ebenfalls von 0,45 Neosalvarsan und nicht mehr in fünftägigen, sondern in achttägigen Zwischenräumen. Der kräftige Mann bekommt bei ihm insgesamt 2,7 Neosalvarsan. Er ist zu dieser Reduktion



in seiner Salvarsanbehandlung um so leichter übergegangen, als er bei den von ihm versuchten Sterilisationen manchen Versager gesehen hat. Den von ihm beschriebenen Fällen von Spätikterus nach Neosalvarsan möchte Fabry in klinischer Beziehung in Übereinstimmung mit den oben genannten beiden Autoren eine Zwischenstellung zwischen den schweren Fällen von akuter gelber Leberatrophie und dem katarrhalischen Frühikterus einräumen.

Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Stümpke, Gustav. Zur Ätiologie der akuten gelben Leberatrophie (Lues, Salvarsan?). Med. Klin. 1919. Nr. 39. p. 946.

Stümpke weist an der Hand einer eigenen Beobachtung darauf hin, wie schwierig gerade bei der akuten gelben Leberatrophie zu entscheiden sei, ob ein Fall durch Lues bedingt sei oder ob eine etwaige Salvarsanbehandlung an dem Auftreten der Lebererkrankung schuld sei. Im vorliegenden Falle war offenbar allein die Lues ätiologisch mit der Lebererkrankung in Zusammenhang zu bringen, da die Patientin schon ikterisch ins Krankenhaus eingeliefert wurde, ohne vorher spezifisch behandelt zu sein.

Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Herxheimer, G. (Wiesbaden). Über akute gelbe Leberatrophie, Syphilis und Salvarsan. Berliner klin. Wochenschr. 1920. p. 369.

Auf Grund von 6 Sektionen kommt H. zu folgendem Schlußergebnis: Die scharfe Trennung zwischen dem milden Ikterus als Ausdruck einer katarrhalischen Affektion des Magendarm-Gallensystems und dem schweren Ikterus als Symptom einer Leberatrophie besteht zu Recht. Bei ersterem bzw. seiner jetzigen Häufung spielt offenbar das Salvarsan eine Rolle. Bei der Leberatrophie ist keinerlei Anhaltspunkt gegeben, dem Salvarsan und nicht der Syphilis selbst die Schuld beizumessen. Dahingestellt ist noch, ob Salvarsan etwa Darmkatarrhe hervorrufen kann, durch die autotoxisch Leberatrophie entsteht. Angst vor Salvarsandarreichung ist nicht begründet; auch mit der Dosis herunterzugehen, ist nicht zu empfehlen. Der Zusammenhang der schweren Ikterusformen, d. h. der akuten Leberatrophien mit dem Salvarsan, ist nicht erwiesen.

Krakauer (Breslau).

Schönfeld, W. Fixe Salvarsanexantheme. Deutsche med. Wochenschr. 1920. Nr. 1.

Die Patientin Schönfelds bekam etwa 3 Minuten nach jeder Salvarsaninfusion eine Quaddel inmitten eines talergroßen geröteten Herdes an der linken Jochbeingegend. Nach Quecksilber erschien das Exanthem nie. Es handelte sich also um ein fixes, bald wieder verschwindendes Salvarsanexanthem bei einer leicht erregbaren Patientin. Dieselbe erzählte, nach Gemütsbewegungen ähnliche Erscheinungen über dem linken Auge bekommen zu haben. Max Joseph (Berlin).

Fuchs, Dora. Fixe Salvarsanexantheme. Deutsche med. Wochenschr. 1919. Nr. 46.

Aus zwei eignen und mehreren aus der Literatur entnommenen Fällen von fixen Salvarsanexanthemen zieht Fuchs den Schluß, daß es ebenso wie gegen Antipyrin auch gegen Salvarsan eine Idiosynkrasie gewisser, sonst scheinbar normaler Hautstellen gebe, unter denen besonders die Conjunctiva eines Auges auffällt. Die als Entzündung und einige Male als schnelle Pigmentierung gekennzeichnete Erscheinung trat sowohl beim Neosalvarsan als beim Salvarsannatrium auf, in dem Falle der Verf. schwächer nach Salvarsannatrium. Ein Conjunctivafall reagierte nur auf Neosalvarsan, nicht auf Salvarsannatrium. Untersuchungen ergaben die Bedeutungslosigkeit der Formaldehydkomponente für diese Reizung. Eine Verminderung derselben ließ sich durch Adrenalininjektion erreichen.
Max Joseph (Berlin).

Engleson, Hugo. Zur Technik der intravenösen Salvarsanbehandlung. Deutsche med. Wochenschr. 1920. Nr. 6.

Mit folgendem Verfahren konnte Engleson Silbersalvarsaninjektionen ohne Schädigung vornehmen und besonders leicht feststellen, ob man sich im Gefäßlumen befinde, was mittels einer Zweiweghahnvorrichtung mit Platz für 2 Spritzen bewerkstelligt wurde. Das Präparat wurde in 20 ccm frischdestilliertem und kurz zuvor gekochtem Wasser aufgelöst abgekühlt, mit einer Rekordspritze aufgesaugt. Die Spritzen wurden dem Zweiwegehahn aufgesetzt, durch Zurückziehen des Kolbens wurde Blut in die Spritze aspiriert und dann der Hahn auf die größere Spritze, welche die Salvarsanlösung enthielt, aufgestellt, Luftblasen aus dem Hahn durch Zurückziehen des Kolbens entfernt, darauf die Lösung injiziert. Gründliche Reinigung des Instrumentariums mit destilliertem Wasser ist selbstverständlich. Etwa 400 Silbersalvarsaninjektionen verliefen bei dieser Technik ohne Schädigung. Max Joseph (Berlin).

Kache, Willi. Zur Technik der intravenösen Injektion. Deutsche med. Wochenschr. 1919. Nr. 30.

Um die Blutgerinnung in einer engen Kanüle zu verhüten, rät Kache bei intravenösen Injektionen die trockene Kanüle vor der Punktion und vor dem Einsaugen des Medikaments mit Öl oder Paraffinum liquid. zu durchspritzen. So kann man unter Kontrolle von Blutansaugen die Kanüle in der Vene verschieben, ohne über die Lage der Kanüle durch ihre Verstopfung mit geronnenem Blut getäuscht zu werden. Um die mögliche Gefahr einer Embolie zu vermeiden, entferne man Überschüssiges aus der Spritze mittels Durchspritzen von Luft nach dem Durchspritzen mit Öl oder Paraffin. Geschah dies, so wurden niemals schädliche Nebenerscheinungen beobachtet. Max Joseph (Berlin).



Loeb. Spritze für intravenöse Injektionen. Münch. med. Wochenschr. 1918. Nr. 7. p. 189.

Der Ausflußzapfen ist an die Peripherie statt ins Zentrum verlegt. Alfred Perutz (Wien).

Ries. Ein Behelf bei intravenösen Salvarsaninjektionen. Münch. med. Wochenschr. 1918. Nr. 37. p. 1032.

Apparat zur Fixation des Armes. Alfred Perutz (Wien).

Traugott, M. Zur Technik der Venenstauung. Zeitschr. f. ärztl. Fortb. 1914. Nr. 9.

Selbsthaltende, mit Seide umsponnene Gummischnur mit Schlaufe von 60 cm Länge, 1 cm Querschnitt. Zu haben bei B. B. Cassel, Frankfurt a. M. Kurt Wiener (Breslau).

Weinberg. Infusionsapparat zur schnellen Zubereitung und Sterilisierung physiologischer Kochsalzlösung. Zeitschr. f. ärztl. Fortb. 1919. Nr. 21.

Der Wasserbehälter hat Kastenform, die Öffnung befindet sich im oberen Drittel einer Breitseite. Während des Kochens nimmt der Kasten Flachlage ein, im Gebrauch steht er als Irrigator hoch. Alle Vorarbeiten zur Herstellung von 1 l steriler Kochsalzlösung sollen nur 15 Minuten dauern. Hersteller: Letter und Scheerer, Tuttlingen. Kurt Wiener (Breslau).

Schultz. Neuer sterilisierbarer Aufsteckkonus auf die 10 ccm Rekordspritze zur Erleichterung des Mischens von Salvarsanlösungen in der Spritze. Zeitschr. f. ärztl. Fortb. 1919. Nr. 21.

Der auf den Ausflußteil der Spritze aufsteckbare Verschluß soll das Schütteln der Spritze zum Lösen des Neosalvarsans erleichtern, sowie durch eine Fußplatte den Spritzenzylinder senkrecht aufstellbar machen. Hersteller Evens u. Pistor, Cassel, Preis 50 Pfg. Kurt Wiener (Breslau).

Dührssen, A. Zur Salvarsanfrage. Deutsche med. Wochenschr. 1919. Nr. 10.

Von der im Ministerium des Innern abgehaltenen Salvarsankonferenz erwartete Dührssen vergeblich die Feststellung einer Maximaldosis des Salvarsans und verlangt dieselbe dringend, um die Ärzteschaft vor unberechtigter Anklage zu schützen. Er rät ferner, jeden Patienten auf die Möglichkeit übler Zufälle nach Salvarsaneinspritzungen aufmerksam zu machen.

Max Joseph (Berlin).

Kirchner, M. Zur Salvarsanfrage. Deutsche med. Wochenschr. 1919. Nr. 11.

Den Angriffen, welche Dührssen in der Salvarsanfrage gegen ihn richtete, erwidert Kirchner mit einer sachlichen Darstellung der Ehrlichschen Forschungen und weist auf das Ergebnis der unter Zuziehung zahlreicher Fachgelehrter im Ministerium des Innern stattgefundenen Beratung hin, daß das Salvarsan zumal

in den Anfangsstadien der Syphilis von großer Wirksamkeit wäre, daß seine nicht abzuleugnenden schädlichen Nebenwirkungen bei geeigneter Technik und Indikationsstellung fast völlig vermeidbar wären, und daß die Zeit für die Festsetzung einer Maximaldosis noch nicht gekommen wäre. Verf. hatte dagegen bereits 1914 die Notwendigkeit einer Maximaldosis zugegeben. Doch betont er mit Recht, daß eine Statistik der Salvarsanmethode belanglos sei, die Patienten mit den verschiedensten, nicht syphilitischen aber tödlichen Leiden (Carcinom, Fleckfieber usw.) einschließt und daß Ärzte, die sich gar nicht mit der Behandlung der Syphilis befassen, auch nicht über deren Heilmethoden urteilen sollten.

Max Joseph (Berlin).

Wassermann, A. von. Zur Salvarsanfrage. Erwiderung auf den Artikel von A. Dührssen. Deutsche med. Wochenschr. 1919. Nr. 17.

v. Wassermann widerlegt die Einwände Dührssens gegen Behauptungen, die Verf. in der Konferenz im Ministerium des Innern ausgesprochen haben solle: Verf. hat nie behauptet, daß die Syphilisheilung durch kein Mittel festzustellen sei, vielmehr den Spirochätennachweis bei dem ersten Erscheinen einer zweiten Infektion als beweisend anerkannt. Er habe nie behauptet, ein Patient mit Primäraffekt sei noch nicht syphilitisch krank, sondern sachgemäß auf den Unterschied zwischen Spirochäteninfektion und konstitutioneller syphilitischer Erkrankung hingewiesen. Drittens habe er nicht von einer Heilung der Syphilis ,,kurze Zeit nach Auftreten des Primäraffekts", sondern von einer Heilungsmöglichkeit in der Vor-Wassermannperiode gesprochen. Max Joseph (Berlin).

Wechselmann. Zur Dosierung des Salvarsans. Deutsche med. Wochenschr. 1919. Nr. 17.

Nach eingehender Besprechung der Giftigkeit des Arsens und Salvarsans kommt Wechselmann zu dem Schlusse, daß noch keine Erklärung für das Zustandekommen der flohstichartigen Blutungen im Gehirn, der Purpura cerebri, beim Salvarsantode gefunden ist. Da die meisten Todesfälle nach kleineren Dosen eintraten, ist die Festsetzung einer Höchstdosis von geringem Nutzen. Dosen von 0,75—1,0 Neosalvarsan werden sehr selten verwendet, doch hält Verf. die Sterilisatio magna durch eine einmalige hochdosierte Einspritzung nicht für aussichtslos und möchte nicht, daß Versuche in diesem Sinne unmöglich gemacht würden. Übrigens wirke das Quecksilber in gleichem Maße giftig und sei auch zu verschiedenen Zeiten noch heftiger angefeindet worden als heute das Salvarsan. Max Joseph (Berlin).

Weichbrodt, R. Weitere therapeutische Versuche bei Paralyse. Deutsche med. Wochenschr. 1919. Nr. 13.

Obgleich Silbersalvarsannatrium und Sulfoxylat die Reaktionen bei Paralyse beeinflußten, konnten sie doch den Verlauf der Er-



krankung nicht günstiger gestalten. Intramuskuläre Injektionen wirkten stärker als intravenöse. Versuche über Impfungen von Malaria auf Paralytiker sind noch nicht abgeschlossen, doch hält Verf. die Möglichkeit nicht für ausgeschlossen, durch Fiebererzeugung die Paralyse günstig zu beeinflussen. Max Joseph (Berlin).

Leven. Zur Frühbehandlung der Syphilis. Deutsche med. Wochenschr. 1919. Nr. 31.

Verf. widerspricht der Meinung Wassermanns, daß das Salvarsan im seronegativen Stadium die Syphilis sicher abortiv heilen müsse. Auch bei negativer Wa.R. können Spirochäten im Organismus vorhanden sein, also sei der negative Ausfall nur mit Vorsicht zu bewerten. Auch das Tierexperiment stellte fest, daß bereits vor dem Erscheinen irgendwelcher Veränderungen an der Impfstelle impfbares Virus bestand und beim Menschen liegen diese Verhältnisse ungünstiger als beim Tiere. Im Gegensatz zu andern Bacillenträgern wird der Spirochätenträger mit größter Wahrscheinlichkeit bei fehlender Behandlung bald die typischen Symptome der Syphilis zeigen. Die Scheidung der Syphilis in eine Vor- und Nach-Wassermannreaktions-Periode ist wohl praktisch zweckmäßig, aber nicht biologisch exakt. Max Joseph (Berlin).

Lesser, Fritz. Abortivheilung der Syphilis durch 2 bis 3 Neosalvarsaninjektionen. Berliner klin. Wochenschr. 1919. Nr. 37. p. 870.

4 Formen von Lues I werden unterschieden:

a) Spirochätenbefund vor Ausbildung des P.A., d. h. kleine Scheuerwunde ohne umschriebene Erosion und Induration bei neg. Wa.R. (Spirochätenträger).

b) P.A. mit Sp. p. +, keine Scleradenitis. Wa.R. —.

c) P.A. mit Sp. p., beginnende Skleradenit. inguin. Wa.R. häufig +.

d) P.A. Bub. indol., Wa.R. +.

Bei a) und b) ist es L. fast stets geglückt, mit 2—3 Neosalvarsaninjektionen in etwa einer Woche (stets 0,6 nach 2—3 bzw. 3—4 Tagen) Dauerheilung zu erzielen. (Der kurze Zwischenraum kann gewagt werden, da hier ja Neurorezidive nicht zu befürchten sind, die Encephalit. haemorrh. aber nicht auf Überdosierung beruht.) 14 derartige Fälle wurden 2—8 Jahre beobachtet. Da die Fälle von Schanker redux beweisen, wie tief sich Spiroch. im Gewebe verankern können, sollte man den P.A. nach Möglichkeit exstirpieren. Für Abbruch der Kur nach 2—3 Einspritzungen ist Voraussetzung, daß die Wa.R. auch nach jeder Injektion negativ geblieben ist. Beobachtungen an Prostituierten ergaben, daß Neosalvarsan (monatlich 0,6) auch prophylaktisch wirksam ist.

Die Leichtigkeit, mit der die kurze Abortivkur gelingt, führt dazu, sie auch in zweifelhaften Fällen (Ulc. mixt., Phimose usw.) anzuwenden. Mit Hg allein läßt sich weder das Positivwerden der

Wa.R., noch auch das Sekundärstadium verhüten. Die Kombination mit Salvarsan bei seronegativen Fällen ist unnötig.

Sicher ist also, daß es für ein begrenztes Stadium der Syphilis eine Therapia steril. magna giebt und die chronisch-intermittierende Behandlung nicht notwendig ist. Auch bei Wa.R. + kann übrigens Dauerheilung durch eine Kur gelingen. Außerdem: Positive Wa.R., die durch Salvarsan allein negativ geworden ist, schlägt seltener wieder um, als wenn sie durch kombinierte Kur negativ wurde. Also: reine Neosalvarsankuren. Krakauer (Breslau).

Hübner. Der Wert der Salvarsanbehandlung. Münch. med. Wochenschr. 1918. Nr. 34. p. 923.

An statistisch durch Vergleich der Resultate zweier Jahre gewonnenem Material wird gezeigt, daß die Resultate der Syphilisbehandlung fast in demselben Maße sich verbesserten als die Salvarsanmenge gesteigert wurde. Alfred Perutz (Wien).

Plaut, F. Neuere Probleme der Paralyse- und Tabesthrapie. Deutsche med. Wochenschr. 1919. Nr. 48.

An der Hand der neuesten Forschungen weist Plaut nach, daß in der Hirnrinde der Paralytiker sowie im Liquor cerebrospinalis lebende Spirochäten vorhanden sind, daß also Tabes und Paralyse aktive Syphilis darstellen. Zwischen diesem diagnostischen Befund und den therapeutischen Resultaten besteht aber ein sichtliches Mißverhältnis. Die reine Quecksilbertherapie übte keinerlei Heilwirkung auf Tabes und Paralyse, sondern beschleunigte eher die Kachexie. Quecksilberarsenverbindungen besserten manchmal die Ataxie und Sensibilitätstörungen bei Tabes. Im allgemeinen ist in solchen Fällen Salvarsan dem Quecksilber vorzuziehen, es bessert meist das Allgemeinbefinden, kann aber nicht als Heilmittel der Paralyse gelten. Auch bei Tabes sieht man nach Salvarsan häufig allgemeine Besserung, Verminderung von subjektiven Krisen, Blasenstörungen und Ataxie. Mit den intraspinalen Methoden sah Verf. bei Paralyse keine, bei Tabes günstige Einflüsse. Fiebererregende Therapie führte, besonders mit Quecksilbereinspritzungen kombiniert, bei höheren Einzeldosen zu besseren Resultaten, Staphylokokken- und Streptokokkenvaccine übten bei Paralyse keine Wirkung, für Tabes werden Injektionen mit abgetöteten Pyocyaneuskulturen von Döllken empfohlen. Da aber die syphilitische Natur der Tabes und Paralyse jetzt nachgewiesen ist, so meint Verf., daß bei Mitarbeit aller Kliniken und Irrenanstalten schließlich auch eine für diese Erkrankungen geeignete antisyphilitische Therapie gefunden werden müsse. Max Joseph (Berlin).

Tièche. Über Tuberkulose und Abortivtherapie der Syphilis. Schweizerische med. Wochenschr. 1920. Nr. 8. p. 149.

Verf. gibt die Möglichkeit zu, daß die Tuberkulose durch eine hinzutretende syphilitische Infektion reaktiviert werden kann. Dieses komme aber nicht sehr häufig vor. 6mal hatte er Gelegenheit, bei



Tuberkulösen Primärsklerosen zu beobachten, die abortiv behandelt wurden. Unter Abortivkur versteht Tièche die Verabreichung von 7 g Neosalvarsan und 1,0 Hg Sal. evtl. mit Hinzufügung von 0,2 Kalomel. Bei 3 Fällen wurde die latent vorhandene oder schon aktive Tuberkulose wesentlich verschlimmert. 2 chronisch fibröse Lungentuberkulosen wurden durch die Kur in keiner Weise beeinflußt, während eine Drüsentuberkulose während der Kur wieder aufflackerte. Ähnliche Erfahrungen will Verf. bei sekundär Luetischen gemacht haben. Auch hier traten bei intensiven Kuren Reaktivierungen alter Herde auf. Im ganzen sieht er in der luetischen Infektion bei Tuberkulose ein ungünstiges Ereignis. Auf keinen Fall darf man nach Tièche bei einer bestehenden Tuberkulose die Abortivheilung der Lues erzwingen. Es muß auf die Toleranz der spezifischen Medikamente und die Form der Tuberkulose Rücksicht genommen werden. Im allgemeinen möchte er für die Progredienz der Tuberkulose eher die Behandlung der Lues, als letztere selbst verantwortlich machen. Wo Neigung zur Progredienz besteht, muß vorsichtig vorgegangen werden. - Max Winkler (Luzern).

Pinkus, Felix. Über die Behandlung der Syphilis mit Salvarsan. Med. Klin. 1919. Nr. 16, 18, 24, 31, 38, 45, 47, 49. p. 351, 403, 555, 730, 917, 1108, 1164, 1224.

In einer Aufsatzreihe behandelt Pinkus die Salvarsanbehandlung der Syphilis. Die auf sorgfältiger kritischer Krankenbeobachtung beruhenden Ausführungen enthalten eine Fülle in die praktische Syphilisbehandlung ganz einschneidende Vorschläge, die eine ausführliche Berichterstattung notwendig erscheinen lassen, wenn auch dem Referenten die Kenntnis des Originals für die Fachärzte dringend geboten erscheint. Die Einleitung behandelt in großen Zügen die Entwicklung der Salvarsantherapie, um vor allem auf die Tatsache hinzuweisen, daß bei der jetzt noch allgemein, d. h. von den meisten Fachärzten beliebten kombinierten Quecksilber-Salvarsanbehandlung doch allmählich die Quecksilberkomponente in dieser gemischten Therapie gegenüber der Salvarsankomponente die Oberhand gewinnt. Pinkus, welcher sich dieser Übergangsentwicklung in unserer jetzigen Syphilisbehandlung wohl bewußt ist, unterscheidet schon jetzt Phasen, in denen die reine Salvarsantherapie indiziert ist gegenüber solchen, wo wir noch zweckmäßig die beiden Spezifica verbinden. Pinkus ist ein begeisterter Verfechter der Salvarsananwendung und dabei ein äußerst vorsichtiger Therapeut, der die Gefahren einer nicht ganz vorsichtigen Salvarsanbehandlung ganz außerordentlich fürchtet. Seine Vorschläge bezwecken, die Vorteile des Salvarsans völlig zu verwerten und doch durch vorsichtige Gestaltung des Behandlungsweges diese Behandlung harmlos durchzuführen.

Die Zeit, ehe die Syphilis erkennbar ist, d. h. die ersten 3 Wochen nach der Ansteckung kann nur unter besonderen Bedingungen ein Gegenstand unseres therapeutischen Eingreifens



werden. Hinweise über die prophylaktische Bedeutung einer solchen Behandlung geben Salvarsanbehandlungen an noch nicht syphilitischen Prostituierten (Fritz Lesser). Pinkus hat in den Fällen, wo Männer mit geschlechtlich verdächtigen Personen verkehrt hatten, oder wo Ehemänner mit frischer Syphilis nach dem Bemerken, aber nicht richtigem Bewerten, ihrer Krankheit mit ihren Frauen verkehrt hatten, diese gesunden Leute mit 20—30 Dosierungen Neosalvarsan behandelt und sah bei ihnen nie Syphilis auftreten, mehrfach dagegen bei nicht derartig behandelten Ehefrauen.

Von besonderer Bedeutung ist für unsere Therapie die Zeit nach dem Entstehen einer durch Spirochätennachweis erkennbaren syphilitischen Initialsklerose. Diese Zeit beginnt durchschnittlich am 21. Tage post infectionem. Der positive Spirochätennachweis — bei noch negativem Wassermann — sichert die Diagnose. Es handelt sich um die Zeit, wo von Wassermann — im Einklang mit den Ehrlichschen Anschauungen — ein therapeutisches Eingreifen besonders aussichtsvoll erscheinen ließ; denn die Spirochäten sind — bis auf die Stelle des Primäraffektes — noch reine Blutparasiten, leicht zu beseitigen, während sie später, nach der Ansiedlung im Gewebe, ungleich schwerer von unseren Heilmitteln erfaßt werden können. In diesem Stadium tritt Pinkus für eine reine, aber mit Rücksicht auf die Gefahr einer akuten Hirnschwellung — die verhängnisvollste und darum am meisten zu fürchtende Salvarsannebenerscheinung — ganz besonders vorsichtige Behandlung ein. Das Hg schaltet er aus, weil er auf der einen Seite überzeugt ist, allein durch Salvarsan das Ziel: eine abortive Beseitigung der Syphilis — zu erreichen, und weil er auf der anderen Seite fürchtet, durch etwaige Nebenerscheinungen des Quecksilbers, den Fortgang der hier unersetzlichen Salvarsanbehandlung in Frage zu stellen. Das von ihm empfohlene Behandlungsschema ist — die Infektion am 1. Januar vorausgesetzt folgendes: 22. Januar Dosis I; 24. Januar Dosis I; 26. Januar Dosis I; 28. Januar Dosis II, also in der ersten Woche 0,5 Salvarsan.

31. Januar Dosis II; 3. Februar Dosis III; 6. Februar Dosis III, also in den ersten 14 Tagen 1,3 Salvarsan.

9. Februar Dosis III; 12. Februar Dosis III und weiterhin allwöchentlich zweimal Dosis III, IV oder mehr, je nach der Verträglichkeit. Gelingt es nicht, über Dosis III hinauszugelangen, so erreicht man am 19. März 5,0 Salvarsan. Die Wa.R. ist besonders am Ende des 2. und 3. im Monate zu prüfen, wo sie positiv werden kann.

Die Feststellung der Heilung kann nur durch langjährige Beobachtung oder eine erfolgte Reinfektion erbracht werden. Nach den bisherigen Erfahrungen ist es sehr wahrscheinlich, daß es mit einmaliger starker reiner Salvarsanbehandlung gelingt, den Körper von seiner Syphilis zu befreien. Sicherer ist es, auch diese Fälle noch chronisch-intermittierend zu behandeln.



Die Technik der intravenösen Injektion, wie sie P. beschreibt, ist im Referate nicht wiederzugeben, da jeder Handgriff aufs minuziöseste beschrieben und begründet wird. Hier sei nur angegeben, daß P. Stahlnadeln und eine Spritze mit Assmy-Ansatz benutzt.

Der folgende Abschnitt: die Behandlung der Syphilis nach dem Ausbruch des syphilitischen Exanthems wird in mehreren Unterabteilung behandelt: a) Die erste Kur: Wenn wir nach P. unter therapeutischen Gesichtspunkten unterscheiden zwischen der Periode der etwa ersten 30 Tage und der Periode danach, wenn wir mit P. nur die erste Periode als die Zeit ansehen, wo wir mit vollem Vertrauen darauf rechnen, die Syphilis abortiv zu beseitigen, so treten wir der zweiten Periode, die uns am häufigsten zu Gesicht kommt, unter anderen Gesichtspunkte entgegen. Bei der sekundären Syphilis ist die Quecksilberbehandlung als vollwertig mit heranzuziehen; sie bietet sogar gewisse Vorteile, die die Salvarsankur nur bei äußerster Vorsicht besitzt. Da aber durch gleichzeitige Salvarsanbehandlung es leichter gelingt, die festhaftende Krankheit zu beeinflussen, so ist hier die Indikation für eine gemischte Behandlung gegeben. P. schätzt das gebräuchlichste Hg-Salz, das Hg salicylicum, wenig, denn es wirkt einerseits recht schwach, andererseits macht es durch seine Zusammensetzung die meisten Nebenerscheinungen. P. schlägt folgende Kurformen vor: 1. 30 Einreibungen, dazu die 6 eingeschobenen Badetage mit ansteigend 3—4—5 g grauer Salbe. An diesen 36 Tagen erfolgend am 4., 3., 10. usw. Tage Neosalvarsaninjektionen von Dosis I, I, II, II, III usf.: Dosis III oder auf Dosis IV und V steigend, insgesamt 12 Salvarsanspritzen mit Gesamtdosis von mindestens 3,0 Salvarsan. 2. 30 Injektionen von 1 ccm Sublimat, Hg cyanatum 1% plus Acoin, oder alle 3 Tage Embarin usw., dazwischen die unter 1. angegebene Neosalvarsanbehandlung. 3. Zweimal wöchentlich eine Injektion von 1 ccm Hg thymolacet. oder Kalomel in 10 proz. Suspension in Ol. oliv. oder Ol amygd., im ganzen 8—10, dazwischen die Salvarsanserie, doch so verteilt, daß nicht zwei Spritzen am Tage zusammenfallen. 4. 6 Injektionen mit je 0,1 Hg-Gehalt in wöchentlichen Intervallen mit grauem Öl, dazwischen etwas gedehnter die genannte Salvarsanserie. Während aller dieser Kuren gleichzeitig Jodkali oder seine Ersatzpräparate.

Der Grund für diese Kombination liegt in der verschiedenen Angriffsweise der Mittel: Salvarsan tötet im wesentlichen die Spirochäten ab; Quecksilber greift sie wohl in anderer Form an; bei Jod sind wir noch weniger über den Angriffspunkt unterrichtet, aber nach praktischen Erfahrungen wirkt es auf bestimmte Lokalisationen des Virus besonders günstig.

Monatliche Wassermannuntersuchungen. Die Reaktion bleibt meist 5—6 Monate negativ. Oft genügen 2, manchmal aber erst

4—5 von diesen Kuren, um eine dauernd negative Wa.R. zu erzielen.

Bei Frauen und älteren Leuten sind schwächere Kuren und vorsichtigere durchzuführen. Bei Kindern innerliche Behandlung mit Protojoduret.

Für die weitere Behandlung der frischen Syphilis (sekundäre Syphilis nach der ersten Kur) — denn die einmal wassermannpositive Syphilis heilt nicht mit einer Kur — geben uns Fingerzeige: 1. die klinischen Rezidive, 2. das Verhalten der Wa.R.

Klinische Rezidive treten nach nicht zu schwacher Salvarsanbehandlung entschieden seltener auf, als nach alleiniger Hg-Behandlung, etwa nach 5—6 Monaten. Eine erneute Kur soll nicht allein auf diese Rezidive hin eingeleitet werden, vielmehr schon vorher, veranlaßt durch ein Positivwerden der Wa.R., die als Symptom der Lues zu betrachten ist. Die Wa.R. ist nicht nur ein Zeichen dafür, daß ein Kranker einmal syphilitisch infiziert war, sondern wir müssen in der positiven Wa.R. das Zeichen einer noch bestehenden Syphilisreaktion sehen. Von diesem Gesichtspunkte aus haben wir in dem Ausfall der Reaktion und im Verfolgen der Reaktion einen Leitstern für die weiteren Kuren. Wenn auch die Fälle als die günstigen zu bezeichnen sind, bei denen dauernd keine Symptome auftreten und der Wassermann negativ bleibt, so sollte man doch unter der Tatsache, daß gerade die Hirnlues bei negativer Wa.R. auftritt, auch diese Fälle lieber schematisch weiter behandeln; ungünstiger liegen jedenfalls die Fälle mit nicht beeinflußbarer positiver Wa.R. Aber auch über diese Fälle, speziell über die Frage, ob ihre Prognose unbedingt eine so schlechte ist, können wir heute noch kein abschließendes Urteil fällen.

Viel schwieriger wird es für den Arzt, unter Beobachtung aller der Gesichtspunkte, die P. bisher erörtert hat, auch das spätere sekundäre Stadium weiter zu behandeln; diese Schwierigkeiten liegen nicht in der Anordnung der Kuren, vielmehr in dem Verhalten der Patienten, die nicht imstande sind, den ernsten Bedenken des Arztes das nötige Verständnis entgegenzubringen. Es ist zu empfehlen, auch bei weiterem negativem Wassermann durch mehrfache Provokationen mittels Salvarsan zu versuchen, ob der Wassermann in einen positiven umzuwandeln ist. Dieser Wassermann kann oft sehr hartnäckig gegen therapeutische Beeinflussung sich erweisen. Aber auch dem dauernd und durch Provokation nicht positiv zu machenden ist nicht ganz zu trauen, wenn man die Tatsache erwägt, daß sogar Syphilissymptome von größter Bedeutung die Reaktion nicht positiv zu machen brauchen. Vom 6. Jahre der Erkrankung wird es erst klar, ob später Nachkrankheiten des Nervensystems drohen. Es ist auf frühzeitige verdächtige Symptome, Pupillendifferenz, Blasenerscheinungen, Magenbeschwerden unklarer Art, rheumatische Beschwerden zu achten. Nach Beobachtungen

von P. sind sie durch energische Behandlung mit Jod und Salvarsan für Jahre mindestens zum Schwinden zu bringen. Um zu sagen, was aus diesen Fällen wird, dazu ist die Beobachtungszeit noch zu kurz. Die Annahme des Verfassers für den dauernden Erfolg ausgiebiger und sehr lange fortgesetzter intermittierender Behandlung mit langen Behandlungspausen findet ihren Beweis in dem Zurückgehen von Herzbeschwerden, in den Erscheinungen von tabischen Krisen, von sicher spätsyphilitischen Myelitiszeichen. Dagegen haben sich andere Fälle aus der Vor-Wassermann- und Vor-Salvarsanzeit zu ausgesprochenen Aortiden, Myelitiden und Tabesfällen entwickelt. Mit Berücksichtigung aller der auf langer Krankenbeobachtung beruhenden Ausführungen des Verfassers wird die Syphilis nicht mehr eine 3—4 Jahre zu beobachtende und behandelnde Krankheit, sondern der Kranke bedarf noch nach 5—7 Kuren weiterer sorgfältigster Kontrolle. Mit der Wirksamkeit der Behandlung hat die Behandlung an Einfachheit nicht gewonnen; sie hat uns erst gelehrt, vieles mit der Syphilis in Zusammenhang zu bringen, was vorher unter diesem ätiologischen Gesichtspunkte gar nicht verwertet wurde.

Bei der Behandlung der Spätstadien der Syphilis tritt wieder die reine Salvarsanbehandlung mehr in den Vordergrund. Freilich ist auch hier zu beachten, daß in der Dosierung noch vorsichtiger vorgegangen werden muß als im Anfangsstadium der Erkrankung, daß gerade die Syphilis des Gefäß- und Nervensystems eine ganz besonders vorsichtige Behandlung erfordert. Die Salvarsanbehandlung wird bei derartigen Spätfällen zweckmäßig mit einer Jodbehandlung verbunden.

Es ist zu hoffen, daß im Jahrgang 1920 die Artikelserie fortgesetzt wird; P. ist nun noch manches schuldig geblieben, so die Salvarsanschädigungen, auf die er öfter anspielt, und andere wichtige Abschnitte. Wie einen roten Faden durchziehen seine Ausführungen zwei Gesichtspunkte, das absolute Mißtrauen in den Verlauf der Syphilis und das absolute Vertrauen zu der Wirksamkeit ihrer sachgemäßen Behandlung.

Die Betonung des ersten Gesichtspunkts beruht auf der erst nach und nach gewonnenen Kenntnis von der Häufigkeit und der körperlichen Gefährdung der Syphilitiker durch die Späterkrankungen am Gefäß- und Nervensystem, einer Erkenntnis, deren Entwicklung nicht viele Jahre zurückliegt und noch teilweise wenig bebauten Boden befruchtet. Die Betonung und der gesunde Optimismus, welcher die therapeutischen Erwägungen von Pinkus leitet, wird jeden, der die Ausführungen richtig zu bewerten versteht, lehren, seine Therapie wirkungsvoller zu gestalten, ohne durch Nebenerscheinungen in seinem Streben, dem Kranken zu nützen, irregemacht zu werden. Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Pinkus, Felix. Über die Behandlung der Syphilis mit Salvarsan. Med. Klin. 1920. Nr. 2, 3, 4. p. 36, 63, 87.

In dieser Fortsetzung der 1919 in der Med. Klin. erschienenen Aufsätze behandelt Pinkus: Die Nebenerscheinungen bei der Behandlung mit Salvarsan. Der Abschnitt A gilt den lokalen Erscheinungen, die durch das Salvarsan unter der Haut erzeugt werden. Unter den jetzt im wesentlichen üblichen intravenösen Injektionen und den durch die gesetzten Schädigungen haben wir zu unterscheiden die nach mißlungenen Injektionen entstehenden Knoten, die leichteren schmerzhaften Empfindungen (ohne Knotenbildung) nach anscheinend gelungenen Injektionen, wohl auf eine Infiltration der Gefäßwand zurückzuführen, und die Phlebitiden.

Von größerer Bedeutung sind die schädlichen Folgen intravenöser Salvarsananwendung.

1. Reaktion nach der intravenösen Salvarsaninfusion: a) die fieberhafte Reaktion. Nach P. ist bei fieberhaften Reaktionen an technische Fehler zu denken. Der Grund für fieberhafte Reaktion ist Unachtsamkeit. b) Der Salvarsangeruch resp. -Geschmack. c) Der angioneurotische Symptomenkomplex. Diese oft recht bedrohliche Folge der Salvarsaninfusion kann unter Umständen die Fortsetzung der Salvarsanbehandlung unmöglich machen. Im Vordergrund der Erscheinungen steht die Dyspnöe, die zu kurzer Bewußtlosigkeit führen kann. Es handelt sich nicht um eine wirkliche Anaphylaxie. Die Dyspnöe kommt wahrscheinlich durch Schwellungen in den Schleimhäuten der oberen Luftwege zustande und ist der Crise nitritoide nach Amylnitrit an die Seite zu stellen. Der angioneurotische Symptomenkomplex tritt selten bei der ersten Infusion auf, meist nach drei bis vier kleinen Gaben, um dann stets auch bei kleinen Dosen sich zu wiederholen. In vielen Fällen läßt sich sein Eintreten dadurch verhüten, daß man kurz vor der Injektion eine kleine subcutane Einspritzung von 0,6—1 ccm Suprarenin macht. Bei Nichtwirkung dieser Maßnahme muß man vom weiteren Verlaufe des Salvarsans Abstand nehmen. d) Urticarielle und fixe Salvarsanexantheme. Diese Hautreaktionen entsprechen den nach anderen Medikamenten beobachteten; wie nach dem Antipyrin beobachtet man auch nach Salvarsan fixe Exantheme. 2. Reine Salvarsanintoxikationen. Abgesehen von den seltenen und nicht gefährlichen Intoxikationen kommt eine gefährliche Form vor: die Salvarsandermatitis. Die leichteste Form ist das Auftreten einer masernähnlichen Exanthems. Schwerere Fälle gehen in das Bild eines universellen Erythrodermie über, welch letztere Formen sich zu ganz schweren Krankheitsbildern steigern können. Die Affektion gewinnt eine besondere Gefahr durch das Hinzutreten von Eiterkokken. Der Beginn der großen Gefahr ist der erste Furunkel. Je weiter die Kur fortgeschritten ist, desto schwerer ist der Fall.



3. Schwere Reizwirkungen des Salvarsans durch Manifestwerden latenter lebensbedrohender Syphilislokalisationen. Sie entstehen nach dem Typus der Reaktionen nach spirochätentötenden Mitteln, die wir als Herxheimersche Reaktion kennen, und sind keine Vergiftungen. P. unterscheidet: Neurorezidive, Meningomyelitiden und die Encephalitis haemorrhagica. Von den eigentlichen Neurorezidiven, bei denen die Nervenlähmung erst einige Wochen nach der Behandlung auftritt, sind die Lähmungen zu unterscheiden, welche unmittelbar im Anschluß an die Salvarsangabe auftreten. Es sind auch Fälle bekannt, wo erst eine Herxheimersche Reaktion vorübergehend auftritt und nach Wochen ein Neurorezidiv an demselben Nerven erscheint.

Die zentralen Veränderungen am Rückenmark, die in diese Hauptgruppe gehören, sind seltene Vorkommnisse; meist sind sie spastisch, doch kommen auch schlaffe Lähmungen vor. Die bebeutungsvollste nervöse Erscheinung ist die Hirnschwellung, die Encephalitis haemorrhagica. Die Gründe, welche P. gegen die Annahme einer gewöhnlichen Intoxikation sprechen, sind erstens die Tatsache, daß ganz gleiche Erscheinungen auch im Beginn von Quecksilberkuren vorkommen, zweitens bleibt nach dem Wiedererwachen des Kranken aus der Bewußtlosigkeit der Hirnschwellung zuweilen ein nervöser Reizzustand von der Art zurück, wie wir ihn als meningomyelitische Reizung nach Salvarsan schon kennengelernt haben. Ausgiebige Behandlung mit Aderlaß, Lumbalpunktion, Kochsalzinfusion in Vene und Mastdarm wirken zuweilen lebensrettend. Gerade diese Salvarsanfolge veranlaßt P., mit kleinen Dosen zu beginnen, nur vorsichtig tastend die Dosen zu erhöhen und nach Pausen wieder klein anzufangen. Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Neugebauer, Gustav. Zur Syphilisbehandlung. Med. Klin. 1918. Nr. 32. p. 792.

Neugebauer legt in folgender Weise bei schlecht sichtbaren Venen dieselben zur Neosalvarsaninjektion folgendermaßen frei: Er kratzt an der Stelle der Wahl seitlich neben dem Gefäßverlauf, den er fühlt, mit einer Nadel einen kleinen Merkstrich in die Haut und injiziert nach Jodtinkturanstrich $^1/_4$—$^1/_2$ ccm einer $^1/_2$ proz. Novocain-Suprareninlösung subcutan ein. Nach 1 Minute wird mit einem Messer seitlich des Gefäßes 1 cm lang eingeschnitten, mit der Spitze einer abgebogenen Schere das subcutane Fettgewebe nach oben und unten zu zurückgestreift, und nach einer leichten seitlichen Verschiebung der Haut liegt das Gefäß meistens so gut frei, daß man bequem injizieren kann. Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Bachem, C. Antisyphilitica (Pharmakologie des praktischen Arztes). Med. Klin. 1917. Nr. 46/47. p. 1221 u. 1249.

Zusammenstellung der Antisyphilitica mit teilweise kritischen Bemerkungen. Fritz Juliusberg (Braunschweig).



Beck, S. C. Ein Beitrag zur Kenntnis der Wirkung des Neosalvarsans auf die sog. lokalen Spirochätosen. Med. Klin. 1918. Nr. 12. p. 294.

Beck versuchte in einem Falle von Noma, die auch zu den lokalen Spirochätosen gehören soll, die lokale Applikation von Neosalvarsan (0,3 Neosalvarsan auf 1,0 Bolus alba). Der Erfolg war ein guter. Wie Vergleiche mit den in der Literatur niedergelegten Fällen zeigen, dürfen wir von der lokalen Applikation von Salvarsan resp. Neosalvarsan bei Noma günstigere Erfolge erwarten als von der intravenösen Anwendung des Mittels.

Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Wechselmann, Wilhelm. Über die Gewichtsverhältnisse nur mit Salvarsan behandelter Syphilitiker unter der Kriegsernährung in den Jahren 1916 und 1917. Med. Klin. 1917. Nr. 46. p. 1216.

Wechselmann stellt aus seinen Gewichtsbestimmungen fest, daß die in den Jahren 1916 und 1917 im Virchowkrankenhause verabreichte Kost ausreichend war, um bei Nichtarbeitenden und sonst nicht schwer Erkrankten fast durchweg eine Erhöhung des Körpergewichts herbeizuführen. Es wird aber ferner auch bewiesen, daß eine fortgesetzte Salvarsandarreichung in demselben Sinne wirkt. Es nehmen zwar auch Syphilitische bei Quecksilberzufuhr zu, aber nur solche, welche vorher z. B. durch nächtliche Kopfschmerzen sehr herabgekommen sind. Nie aber ist dabei die Zunahme des Körpergewichts eine so regelmäßige wie bei Salvarsanbehandlung.

Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Wechselmann, Wilhelm. Liegt ein Kunstfehler vor, wenn die Einspritzung einer konzentrierten Salvarsanlösung in die Vene mißlingt? Med. Klin. 1917. Nr. 26. p. 712.

Wie Wechselmann hervorhebt, stellte der Richter in einer Verhandlung über die in der Überschrift angeführte Anschuldigung folgende drei Fragen: 1. Mußte der Beklagte bei Anwendung der erforderlichen Sorgfalt erkennen, daß er die Ader nicht getroffen hatte? Welche Merkmale boten sich hierfür? 2. Handelte der Beklagte den Regeln der ärztlichen Kunst zuwider, wenn er die Spritze unter starkem Druck entleerte, obgleich sich der Fortsetzung der Injektion stärkerer Widerstand bot? 3. Hatte der Beklagte bei Anwendung der erforderlichen Sorgfalt zunächst den richtigen Sitz der Nadelspitze durch Injektion mit einer reinen 0,9 proz. Kochsalzlösung feststellen müssen, wie dies die gedruckte Gebrauchsanweisung „Neosalvarsan“ vorschreibt?

W. lehnt die dritte Frage ab, da sie nur für die Infusion größerer Flüssigkeitsmengen gelte. Die beiden anderen Fragen glaubt W. verneinen zu müssen. Er verneint damit das Vorliegen eines Kunstfehlers. Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Kolle, W. Spirochätenbefunde und Salvarsan bei Alveolarpyorrhöe. Med. Klin. 1917. Nr. 3. p. 59.

Kolle nimmt auf Grund seiner Untersuchungen an, speziell auf Grund aus der Tiefe des Krankheitsherdes gewonnenen Materiales, daß eine der Spirochaete Obermeieri ähnliche Spirochäte eine ätiologische Rolle spiele. Man könnte sie als Spirochaete pyorrhoica bezeichnen. Die Spirochäten verschwinden bei gleichzeitiger Abheilung des Krankheitsprozesses rasch unter Anwendung des Salvarsans resp. Neosalvarsans. Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Beyer. Die Alveolarpyorrhöe, ihr Erreger und die weiteren Erfahrungen über die Behandlung mit Neosalvarsan. Med. Klin. 1918. Nr. 3/4. p. 63 und 90.

Ausführliche Arbeit über die Befunde von Spirochäten bei Alveolarpyorrhöe und die Erfolge der Neosalvarsananwendung. Eingehendes Literaturverzeichnis. Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Plaut, H. C. Spirochätenbefunde und Salvarsan bei Alveolarpyorrhöe. Med. Klin. 1917. Nr. 12. p. 339.

Plaut weist gegenüber einer unter derselben Überschrift erschienenen Veröffentlichung von Kolle auf seine diesbezüglichen Arbeiten aus den Jahren 1910—1913 hin. Er hat allerdings bei Anwendung geringer Dosen keine Dauerheilung durch Salvarsan bei der Alveolarpyorrhöe erzielt. Als erster hat Gerber die Beeinflussung der Zahnspirochäten durch Salvarsan beschrieben.

Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Gerber. Nochmals: Die lokalen Spirochätosen der Mundhöhle. (Bemerkungen zum Aufsatz von Kolle: „Spirochätenbefunde und Salvarsan bei Alveolarpyorrhöe.") Med. Klin. 1917. Nr. 22. p. 602.

Gerber hat, wie er in der vorliegenden Arbeit betont, zuerst (schon 1910) die Einwirkung des Salvarsans auf die Spirochäten der Mundhöhle festgestellt; er hat auch seither wiederholte Veröffentlichungen über dieses Gebiet verfaßt; insbesondere haben sich schon mehrere Autoren vor Kolle mit der ätiologischen Rolle von Spirochäten bei der Alveolarpyorrhöe beschäftigt; auch er selbst gehört zu diesen Autoren. Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Kolle, W. Schlußbemerkungen zu der Arbeit von Gerber. Med. Klin. 1917. Nr. 22. p. 604.

Kolle gibt die Behauptungen Gerbers zu. Doch glaubt er zuerst den sicheren Nachweis gebracht zu haben, daß die Alveolarpyorrhöe eine Spirochätenerkrankung ist.

Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Kümmel, H. Spirochätenbefunde und Salvarsan bei Alveolarpyorrhöe. Med. Klin. 1917. Nr. 39. p. 1044.

Kümmel bestätigt die Angaben von Kolle (cf. Referat über dessen Arbeit) über die Spirochäten bei Alveolarpyorrhöe und die



Wirkung von Salvarsan bei dieser Erkrankung. Kümmel sah auch gute Erfolge bei lokaler Neosalvarsananwendung.

Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Lesser, Fritz und *Witkowski*. Spirochätenbefunde und Salvarsan bei Alveolarpyorrhöe. Med. Klin. 1917. Nr. 48. pag. 1273.

Lesser und Witkowski bestätigen die guten Erfolge Kolles mit Salvarsan bei der Alveolarpyorrhöe.

Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Teuscher. Lokale Behandlung der Angina und Gingivitis Plaut-Vincenti mit Salvarsan. Deutsche med. Wochenschr. 1919. Nr. 13.

Durch Pinselungen mit Salvarsanlösung 0,6:300 gelang Teuscher die schnelle Heilung von 3 Fällen Plaut-Vincentscher Angina und Gingivitis. Max Joseph (Berlin).

Greiner. Über Gingivitis und Alveolitis spirillofusiformis (Alveolarpyorrhöe). Zeitschr. f. ärztl. Fortb. 1919. Nr. 14.

Schilderung der Symptomatologie. Ursache der Alveolarpyorrhöe ist die Plaut-Vincentsche Symbiose, souveränes Heilmittel des Neosalvarsan lokal (in Lösung 0,1: 5,0 Aq. dest. oder in Vaseline 0,1: 5,0) sowie intravenös 3—4 mal 0,3—0,45. Die Wirkung ist um so größer, je stärker die Spirillen über die Bacillen überwiegen. Verf. schlägt vor, Angina Vincenti, Stomatitis ulcerosa, Vulvitis erosiva, Balanitis gangraenosa ätiologisch Tonsillitis, Stomatitis, Vulvitis, Balanitis spirillo-fusiformis zu nennen. Die Noma soll fuso-spirillosis buccalis heißen. Kurt Wiener (Breslau).

Löwenstein, Walter. Zur Frage der neuen kombinierten Salvarsan-Quecksilberbehandlung nach Prof. Linser (Tübingen). Med. Klin. 1920. Nr. 9. p. 237.

Löwenstein nimmt für die kombinierte Salvarsan-Quecksilberbehandlung, die er sonst ähnlich wie Linser gestaltet, eine 2 ccm-Spritze, indem er die Medikamente in entsprechend weniger Flüssigkeit löst. Schädigungen irgendwelcher Art beobachtete er nach der Behandlung nicht. Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Fabry. Was ist bei der Salvarsanbehandlung zu beachten? Richtlinien für praktische Ärzte. Med. Klin. 1919. Nr. 48. p. 1200.

Fabrys sehr geschickt zusammengestellte Ausführungen gipfeln in folgenden Schlußsätzen: 1. Es ist im Interesse einer erfolgreichen Syphilisbekämpfung wünschenswert, daß möglichst viele Ärzte sich an derselben beteiligen. 2. Ein unerläßliches Postulat dafür ist, daß diese Ärzte sich an den zuständigen Stellen die nötigen Kenntnisse in der Diagnose und in der Behandlung der Syphilis durch hinreichend langes Studium angeeignet haben. 3. In allen für die Diagnosestellung schwierigen Fällen darf die Behandlung nur eingeleitet



werden, wenn die Diagnose durch mikroskopische und Blutuntersuchung absolut sichergestellt ist, möglichst unter Heranziehung eines erfahrenen Facharztes oder einer anerkannten Klinik. 4. Unter diesen Voraussetzungen läßt sich die Behandlung mit Salvarsan durchführen, ohne daß der Patient im geringsten geschädigt wird. 5. Die neuen von Kolle in die Syphilistherapie eingeführten Arsenverbindungen, Silbersalvarsan und Sulfoxylat, bedeuten gegen früher einen wesentlichen Fortschritt. Beim Silbersalvarsan ist es gelungen, durch Einfügen der antisyphilitisch wirkenden Silberkomponente die zu verabfolgende Arsendosis wesentlich herabzusetzen. Silbersalvarsan ist die am stärksten spirillentötende Arsenverbindung. Sulfoxylat hat nach den bisherigen Mitteilungen neben der bequemen, handlichen Form — es ist in der Ampulle bereits gelöst — die Eigenschaft längerer Remanenz im Körper. Es ist gemäß dieser Eigenhandlung und die Behandlung von Lues ohne Symptome. 6. Bezüglich der Bewertung der Wassermannschen Reaktion haben die klinischen Erfahrungen ergeben, daß eine noch positive Reaktion spontan oder kurz oder lang auch da noch negativ werden kann, wo sie am Schluß einer Salvarsankur positiv war. Es ergibt sich daraus für die Praxis der Grundsatz: bei Patienten, die bereits länger und energisch behandelt wurden, größere Ruhepausen eintreten zu lassen unter häufiger Blutuntersuchung nach Wassermann; also nicht blindlings weiterbehandeln. 7. In Fällen mit Früh- oder Spätsymptomen von Hirnlues ist Liquorkontrolle, wie Gennerich vor allem betont hat, von Bedeutung; ferner ist bei jedem Syphilitiker unter Berücksichtigung des Stadiums der Erkrankung, der bereits erfolgten Behandlung, des Allgemeinbefindens des Kranken strengste Individualisierung nach Dosis, Zahl und Intervall der zu verabfolgenden Injektionen angezeigt. 8. Man hüte sich vor jedem Schematismus. Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Wechselmann, Wilhelm. Über die Grenzen der Abortivbehandlung der Syphilis. Med. Klin. 1919. Nr. 35. p. 839.

Unter Hinweis auf die von Wassermann vertretene Anschauung, daß die Syphilis durch das Auftreten der Wassermannreaktion in zwei getrennte biologische Stadien einzuteilen sei, von denen das erste relativ leicht therapeutisch zu heilen wäre, weist Wechselmann an der Hand von Krankenbeobachtungen darauf hin, daß auch im ersten Stadium eine ausgiebige Salvarsanbehandlung nicht alle Spirochätenherde zu vernichten braucht. Diese Beobachtungen sind nicht so wunderbar, wenn man sich daran erinnert, daß auch sehr früh entfernte Primäraffekte die syphilitische Allgemeinerkrankung nicht verhindert haben. Es ist demnach die Annahme gerechtfertigt, daß, wenn man erst den Primäraffekt erkennen kann, auch schon die Allgemeininfektion erfolgt ist. Ferner wissen wir auch, daß der Zeitpunkt der Wassermannreaktion von dem Sitze des Schankers abhängt (Eicke). Es können nach Sterilisierung des

Primäraffektes durch Salvarsan im Inneren des Körpers noch Syphilisherde bestehen, welche sich weiter entwickeln können, auch wenn die Wassermannreaktion noch negativ ist.

Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Linser. Über eine neue kombinierte Salvarsan-Quecksilberbehandlung bei der Syphilis. Med. Klin. 1919. Nr. 42. p. 1026.

Linser mischt mit Neosalvarsan oder Salvarsannatrium in den gewöhnlichen Dosen 0,01—0,02 Sublimat zu seinen intravenösen Injektionen. Die Technik ist folgende: Man löst die entsprechende Menge des Salvarsanpräparates in der mit 6—8 ccm warmen Wassers gefüllten 10 ccm-Spritze und zieht danach von einer 1 proz. Sublimatlösung noch 2 ccm auf. Es bildet sich ein schwärzlichgrüner Niederschlag, der aber die dünnste Pravaznadel ohne Schwierigkeit passiert. Der technische Vorteil der Methode besteht in der gleichzeitigen Anwendung beider als wirksamst erprobten Mittel gegen die Syphilis, in der einfachen und schmerzlosen Applikation derselben auf intravenösem Wege und in der Freiheit dieser Therapie von unerwünschten Nebenerscheinungen trotz hoher chemischer Quantitäten.

Fritz Juliusburg (Braunschweig).

Schottmüller. Zur Behandlung der Spätlues, insbesondere der Aortitis luica. Med. Klin. 1919. Nr. 7. p. 157.

Schottmüller widmet den Hauptteil seiner Arbeit der Aortensyphilis, die er in vier Formen unterscheidet: 1. die Aortitis supracoronaria; 2. die Aortitis coronaria; 3. die Aortitis valvularis, welche den Fällen von Aorteninsuffizienz entspricht; 4. die Aortitis aneurysmatica, welche strenggenommen nur eine Komplikation von 1—3 darstellt. Alle vier Formen werden klinisch in ihren Eigenheiten an der Hand einschlägiger Fälle geschildert; zahlreiche Röntgogramme erläutern die Ausführungen. Sch., der für eine möglichst frühzeitige Behandlung der Fälle eintritt, geht folgendermaßen vor: Zunächst 5—8 Wochen lang intensive gemischte Hg-Salvarsanbehandlung, dann alle 3—4 Wochen Neosalvarsan 0,45 oder 0,6, bis nach Maßgabe der klinischen Symptome und dem Ausfall der Wassermannschen Reaktion der aktive syphilitische Krankheitsprozeß zum Stillstand gekommen ist. Unter Umständen wird für einige Wochen wieder neben dem Salvarsan Hg gegeben. Die Erfolge sind gute bei der ersten Form der Aortitis; bei der A. coronaria ist auch noch eine Besserung möglich; bei der Aorteninsuffizienz geben die Anfangsfälle günstige Heilresultate, bei den Fällen im ausgebildeten Stadium ist auch die Prognose eine bessere als früher geworden, wenn eine jahrelange Dauerbehandlung durchgeführt wird. Von den Fällen von Aneurysma können solche im Anfangsstadium klinisch ausheilen; auch große Formen sind noch besserungsfähig.

Bei der Tabes muß die Behandlung noch wesentlich vorsichtiger durchgeführt werden als bei der Aortenlues. Grade mit Rücksicht



auf die zu befürchtenden Schmerzkrisen beginnt man mit Dosen von 0,2—0,3 und wiederholt vorsichtig steigend allwöchentlich die Einspritzung. Eine milde Quecksilberkur wird zweckmäßigerweise nach einigen Wochen hinzugefügt.

Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Patzschke, W. Sirupus Neosalvarsani. Deutsche med. Wochenschr. 1920. Nr. 7.

Der von Patzschke nach eingehenden Versuchen als haltbar erprobte Neosalvarsansirup besteht aus Neosalvars. 0,3 Sir. simpl. ad 30,0 und erzielte gute Heilerfolge bei ulcerierten Primäraffekten, wo er mittels durchtränkter Gazestreifen eingeführt wurde. Bei Papeln, Plaques, Kondylomen und ähnlichen frischen sekundären Prozessen tat das Mittel besonders in der Zeit vor der intravenösen Injektion gute Dienste. Bei syphilitischen Erkrankungen der Mundschleimhäute bzw. Tonsillen lies Verf. mit Neosalvarsansirup pinseln oder mit demselben einen Mullbausch durchtränken, woran der Patient saugte. Verf. empfiehlt das Mittel weiterhin bei allen durch Spirillen verursachten Erkrankungen, z. B. Plaut-Vincentscher Angina, Zahnfleischaffektionen und Noma. Max Joseph (Berlin).

Surz, R. Heilungsversuche mit Salvarsan bei Schlafkrankheit. Archiv für Schiffs- und Tropen-Hygiene 1919. p. 308.

Auf Grund seiner Beobachtungen empfiehlt Verf. Atoxyl als das brauchbarere Mittel zur Behandlung schlafkranker Menschen, obwohl weder Salvarsan noch Atoxyl ein ideales Mittel darstellt. Salvarsan ist teurer als Atoxyl und, da es intravenös gegeben wird, namentlich bei Negern, schwieriger zu verabreichen als das subcutan applizierte Atoxyl. Eine stärkere Heilwirkung besitzt das Salvarsan sicher nicht, eher eine geringere. Von 11 mit Salvarsan behandelten Fällen (Dosierung im Original nachzulesen) waren bei 9 in 1—1½ Monaten nach der letzten Injektion bereits wieder Trypanosomen nachweisbar. Zum Nachweis der Erreger sollte immer der Tierversuch herangezogen werden, um schwerwiegende Täuschungen zu vermeiden. Martenstein (Breslau).

Friedmann, M. Neosalvarsan versehentlich intern genommen. Therap. Monatshefte 1920. p. 142.

Mitteilung eines Falles, in dem eine Patientin an 6 aufeinanderfolgenden Tagen täglich je eine Ampulle zu 0,3 g Neosalvarsan per os genommen hat. Neben geringen toxischen Wirkungen und geringen subjektiven Beschwerden hat das intern eingeführte Salvarsan nur das völlige Verschwinden der Oxyuren, die die Patientin vorher stark belästigten, zur Folge gehabt. Martenstein (Breslau).

Notthafft, v. Erfahrungen mit Silbersalvarsan. Deutsche med. Wochenschr. 1919. Nr. 13.

Nach von Notthaffts Erfahrungen erzielt das Silbersalvarsan eine ebenso rasche und gute Heilwirkung, Rückbildung der syphilitischen Efflorescenzen und Verschwinden der Spirochäten wie das



Salvarsan. Die Einzeldosis steigere man von 0,2—0,3, bei protahierten Behandlungen der Nervensyphilis 0,1. Die Kur kann bei Mißerfolgen ohne Gefahr bis zu 15 Injektionen gehen. Diese Gefahrlosigkeit ist der größte Vorzug des Mittels. Die angioneurotischen Symptome lassen sich bei Verdünnung der Lösungen auf 50—120 ccm vermeiden. Die Injektionen wurden ohne Schädigung mit verschiedensten Pausen bis 6 Monate lang fortgesetzt. Verdirbt das Präparat, so nimmt der Ampulleninhalt statt der hellbraunen eine schwarzbraune Farbe an. Von der gleichzeitigen Anwendung von Silbersalvarsan und Quecksilber rät Verf. ab. Max Joseph (Berlin).

Lenzmann, R. Über Erfahrungen mit Silbersalvarsannatrium. Deutsche med. Wochenschr. 1919. Nr. 13.

Nach seinen zahlreichen Erfahrungen kann Lenzmann das Silbersalvarsannatrium als ein überaus geeignetes Heilmittel der Syphilis empfehlen, da es geringere Toxizität als die übrigen Salvarsanpräparate mit vorzüglicher Wirkung vereinigt und auch von Kindern gut vertragen wurde. Die Spirochäten verschwanden schnell, die Beeinflussung der Wa.R. und Lumbalflüssigkeit wird noch weiter beobachtet werden. Die Technik der Injektion muß aber sorgfältig und mit genauer Beobachtung aller Vorschriften ausgeführt werden.

Max Joseph (Berlin).

Gennerich. Kriegserfahrungen in der Luesbehandlung unter besonderer Berücksichtigung des Silbersalvarsans. Berliner klin. Wochenschr. 1919. Nr. 33. p. 789.

Die Kriegsverhältnisse brachten es mit sich, daß entweder die bisherigen Lueskuren Schädigungen setzten (Icterus, Dermatitis) oder aber weniger wirksame und daher schädliche Kuren (Neurorezidive) vorgenommen werden mußten. Jedenfalls dürfen die Erfahrungen der Hungerblockade nicht der Einführung der Maximaldosis für Salvarsan zugrunde gelegt werden; das würde sicher weitere Zunahme der ohnedies schon häufiger gewordenen meningealen Lues zur Folge haben, zumal die so notwendig gewordene Liquordiagnostik und endolumbale Behandlung noch nicht allgemeine Anwendung findet. Daher schien Kolles Silbersalvarsan Vorteile zu bieten, zumal die intravenöse Kollargolbehandlung schon eine gewisse Einwirkung auf die Spiroch. pallid. erkennen ließ. Nach Kolles Angaben ist der therapeutische Index, das Verhältnis der wirksamen zur therapeutischen Dosis, beim Silbersalvarsan sehr gut. Die Nebenwirkungen waren gering: bei 3500 Injektionen nur 5 mal Fieber, Icterus, Dermatitis. Dann ist natürlich Vorsicht geboten; bei erythematösen Schwellungen, insbesondere im Gesicht, muß die Kur unbedingt abgebrochen werden, weil sonst schwere Dermatitis zu befürchten ist. Zur Vermeidung angioneurotischer Zustände ist Verdünnung mit 30 ccm und sehr langsames Einspritzen (5 Min. und darüber) unter Pulskontrolle notwendig. Da Icterus äußerst selten auftritt, wurden die nach Neosalvarsan auf-



gebrachten Icterusfälle mit Silbersalvarsan nachbehandelt, was vorzügliche Ergebnisse zeitigte. Trotzdem 0,3 Silbersalvarsan nur 0,2 Salvarsan enthält, verzichtete man doch auf größere Dosen und die Kombination mit Hg, zumal letzteres, als durch das Ag ersetzt, entbehrlich ist, wie auch die serologische Beobachtung bestätigt. Bei seronegativer Lues I genügen 5—6 Silbersalvarsaninjektionen von 0,1—0,3 in 4—5 tägigem Zwischenraum, bei seropositiver 7—10, bei Lues II 10—12 und zwar 1 Kur, wenn innerhalb 4 Wochen die Wa.R. negativ wird, sonst 6 Wochen später eine II. Kur bis zu 10 Injektionen. Vor der Nachkur Kontrolle des Liquor und bei pathologischem Befund endolumbale Behandlung. Bei älteren Luesstadien Wiederholungskuren nach vierteljährlicher Pause, deren Wiederholungszahl sich noch nicht beurteilen läßt, mindestens aber wohl 4 in zweckmäßiger Verbindung mit Hg und Jod. Die Erfahrungen erstrecken sich auf $1^1/_2$ Jahre. Krakauer (Breslau).

Bruhns und *Loewenberg*. Über Silbersalvarsan und die Dosierung des Salvarsans nebst Mitteilung eines Falles von Encephalitis haemorrhagica nach Neosalvarsan. Berliner klin. Wochenschr. 1919. Nr. 39 und 40.

Der tödlich verlaufene Fall betraf eine 26jähr. Frau mit spätsekundären Erscheinungen, die außer Hg salicyl. 0,15 Neosalvarsan, nach 3 Tagen 0,3 N.-S., nach 7 Tagen 0,45 N.-S., also in 11 Tagen 0,9 erhalten hatte. 2 Tage nach der letzten Einspritzung erkrankte sie mit Fieber und den typischen Hirnerscheinungen und starb nach abermals 2 Tagen trotz Venaesektion, Lumbalpunktion, 3stündl. Suprarenininjektionen und der nach Stühmers Vorschlag ausgeführten Trepanation. Die Obduktion ergab neben starker Sklerotisierung der Diploe Hirndruckerscheinungen, nadelspitzgroße Blutungen und drei größere Erweichungsherde. Überdosierung hat also nicht vorgelegen. Vor noch weiterer Herabsetzung der Dosen warnen die Fälle von Neurorezidiven. Bei Silbersalvarsan zeigt die Erfahrung bis jetzt, daß bei kleinen Dosen und verhältnismäßig geringer Wirkung sich eine nachdrückliche Wirkung erzielen läßt. Es ergab sich, daß die Spiroch. pall., wenn auch nicht gleichmäßig, so doch mehrfach schon nach 0,1 oder 0,15 endgültig aus dem Präparat schwand; daß die sekundären Erscheinungen schnell zurückgingen, während Primäraffekte und Drüsenschwellungen längere Zeit brauchten; im ganzen erfolgte die Rückbildung schneller als bei Neosalv. + Hg, Die Einwirkung auf die Wa.R. ist sehr gut zu nennen. An Nebenerscheinungen traten auf Fieber und Kopfweh, angioneurotische Erscheinungen besonders bei Anwendung stärkerer Konzentration (10 ccm), dagegen nicht bei Verdünnung mit 30—40 ccm auf 0,1 bis 0,2 g und langsamer Injektion. Ferner Erbrechen und bei Frauen Pulsbeschleunigung; 4 mal Herpeseruption, davon 3 mal bei Hochfiebernden; sodann scarlatiniforme und morbilliforme Exantheme; 3 mal Frühicterus, der wohl stets allein oder mit auf das Silber-



salvarsan zurückzuführen war. Alle Nebenerscheinungen, die verhältnismäßig häufig waren, gingen glatt zurück; das Silbersalvarsan konnte meist später weitergegeben werden. Da die Exantheme nur bei wiederholten Einspritzungen auftraten, scheint eine kumulative Wirkung vorzuliegen. Daher ist eine 5tägige Zwischenzeit innezuhalten. Der Hauptwert des Mittels liegt darin, daß man mit kleineren Dosen auskommen und auf Hg verzichten kann. Gesamtgabe etwa 1,8; Einzelgabe nicht über 0,25. Nachteile sind: Notwendigkeit der stärkeren Verdünnung, der sehr langsamen Einspritzung (2 Minuten), die dunkle Farbe, die häufigeren Fiebererscheinungen. Beobachtet wurden 62 männliche und 45 weibliche Kranke mit 900—1000 Injektionen bei 22 seronegativer Lues I, 76 seropositiver Lues II, 64 Lues II, 4 Lues III (davon 2 latent, 2 manifest), 1 beginnende progr. Paralyse. Zur Dauerbeobachtung reichte die Zeit nicht aus. Krakauer (Breslau).

Delbanco, Ernst. Zum Silbersalvarsan und zur Biologie der Menschen- und Kaninchensyphilis. Deutsche med. Wochenschr. 1919. Nr. 6.

Delbanco behandelte 60 Fälle von Syphilis verschiedener Stadien mit Silbersalvarsan und sah niemals dabei eine ernstere Störung, höchstens ein schnell vorübergehendes Spirochätenfieber. Als spirochätentötende Dosis ergab sich 0,2. Für die einzelne Kur genügten 1—1,4 g Silbersalvarsan, meist wurde mit Hg kombiniert und auch dabei keine Schädigung beobachtet. Die Kanüle solle getrennt von der Spritze in die Vene eingefügt werden. Aus experimentellen Versuchen ergab sich, daß das myxoide Gewebe, ein kompaktes Ödem, das bedeutende histologische Moment des Kaninchenprimäraffekts und voller Spirochäten war. Dies Ödem erklärt die federnde Härte vielleicht auch beim menschlichen Schanker. Wo der weiche entzündliche sich in einen harten indolenten Bubo verwandelt, hat die Spirochäte den Streptobacillus verdrängt. Impfversuche erwiesen, daß das syphilitische Blut schon infektiös war, wenn noch keine Drüsenschwellungen und positive Wa.R. bestand. Von der Lumbalpunktion erwartet Verf. Aufklärung über die meningitischen Symptome der Syphilis. Max Joseph (Berlin).

Knopf, Walter und Otto *Sinn*. Über Silbersalvarsan nebst Bemerkungen über konzentrierte Altsalvarsaneinspritzungen. Deutsche med. Wochenschr. 1919. Nr. 19.

Nach Knopfs und Sinns Erfahrungen geschieht die Durchführung der Silbersalvarsankur am besten nach dem Prinzip: kürzester Zeitraum für möglichst hohe, aber unschädliche Gesamtdosen bei geeigneten Intervallen der Einzelinjektionen. Hierbei verschwanden die Spirochäten aus Primäraffekten und Papeln und die klinischen Erscheinungen bildeten sich schnell zurück. Unsicherer erschien die Beeinflussung der Wa.R., die eher negativ wurde, wenn gleichzeitig mit dem Silbersalvarsan Hg gegeben wurde, ein Beweis dafür,



daß die kombinierte Kur einstweilen noch der reinen Salvarsantherapie vorzuziehen ist. Selten kamen bei Silbersalvarsan als schädliche Nebenwirkungen Dermatitis und Icterus vor. Angioneurotische Erscheinungen konnten durch größere Verdünnung der Lösung und langsames Einspritzen verhütet werden. Versuche mit stark konzentriertem Altsalvarsan ergaben zwar schnelle Wirkung auf Spirochäten und klinische Symptome sowie auf die Wa.R., doch verminderten schädliche Nebenwirkungen, besonders unberechenbares Fieber, die Brauchbarkeit der Methode. Max Joseph (Berlin).

Voigt, Wilhelm. Zur Kenntnis des Silbersalvarsannatriums. Inaug.-Diss. Göttingen 1919.

Kurzer geschichtlicher Überblick über die Entwicklung der Salvarsanpräparate, eingehende Würdigung der bisherigen Literatur.

Erfahrungen über 70 Fälle von Lues, die mit 600 Injektionen von Silbersalvarsan behandelt wurden. Die Spirochäten verschwinden nach spätestens 5 Tagen und nach 0,05—0,1 Silbersalvarsan. Die Spirochäten der Plaut-Vincentschen Symbiose bleiben unbeeinflußt. Alle manifesten Symptome der verschiedenen Luesstadien schwinden rasch unter reiner Silbersalvarsanbehandlung, zum Teil auch dann, wenn sie gegen andere Behandlung refraktär waren. Der Umschlag der Wa.R. wurde bei Lues I + in allen 10 Fällen in höchstens 1½—9 Wochen erreicht, bei Lues II + in den meisten Fällen in der gleichen Zeit. Es fehlen Vergleichsangaben über die Ergebnisse bei kombinierten Hg + Neosalvarsankuren. Verf. gibt ansteigend in 4—7tägigen Abständen 0,05—0,2 bis zur Gesamtdosis 2,1. Es wurden an Nebenerscheinungen die gleichen wie bei anderen Autoren (Erytheme, Erbrechen, Fieber, Ohnmachten sowie eine schwere allgemeine Dermatitis exfoliativa) beobachtet. Verf. macht auf die verschieden gute Verträglichkeit der einzelnen Operationsnummern aufmerksam. In der Schlußbetrachtung erklärt Verf. das Silbersalvarsan für ein ausgezeichnetes, doch bezüglich der Dauerwirkung mit Vorsicht zu beurteilendes Mittel; „die auffallend geringe Beeinflussung der Wa.R. sei ein warnendes Zeichen“.

Kurt Wiener (Breslau).

Nägeli, O. Das Silbersalvarsannatrium und einige allgemeine Erörterungen über die Syphilistherapie und Diagnostik. Schweizerische med. Wochenschr. 1920. Nr. 9. p. 161.

Nägeli teilt die Erfahrungen mit, die er mit der Silbersalvarsannatriumtherapie bei Lues in der Dermatologischen Klinik in Bern gesammelt hat. Es wurden in toto ungefähr 800 Injektionen in allen Stadien der Lues, sowie bei einigen Fällen von Paralyse und Tabes verabfolgt. Es zeigte sich eine überraschend schnelle Wirkung auf die syphilitischen Erscheinungen. Auch die Spirochäten sollen in den Krankheitsprodukten der Haut sehr rasch verschwunden sein. Die Wassermansche Reaktion wurde in den Frühstadien der Lues



manchmal rasch umgestimmt, während sie in Spätstadien öfters schwerer zu beeinflussen war. Verf. empfiehlt kleine Einzeldosen zu Beginn der Behandlung, um allmählich bei guter Toleranz auf 0,3 bei Männern und 0,2 bei Frauen als Normaldosis zu steigen. Gespritzt wurde alle 4—5 Tage. Verwendet wurde eine 2%-Lösung. Das Medikament wurde in 5—10 ccm Wasser gelöst und intravenös verabreicht. Als Gesamtdosis wurde bei Männern im Minimum 1,8 g, bei Frauen 1,5 g in ungefähr 10 Injektionen verabfolgt. In einzelnen Fällen wurden bis zu 20 Injektionen ohne Schaden gegeben. Immer wurde die Behandlung noch etwas über das Negativwerden der Wa.R. fortgesetzt. Leberschädigungen sah Verf. nicht. Es scheint ihm aber nicht ausgeschlossen zu sein, daß es bei Unterernährung, wie sie gegenwärtig in den ehemaligen Zentralstaaten fortkommt, zu Icterus kommen kann, da durch die mangelhafte Ernährung eine fettige Entartung der Leberzellen sehr leicht möglich ist. Stets soll nach Verf. bei den Salvarsankuren der Urin auf Gallenfarbstoffe, Zucker und die Diazoreaktion untersucht werden. Bei leichtem Fieber sind die Intervalle zwischen den Injektionen zu verlängern, evtl. das Salvarsan ganz auszusetzen.

Bei latenten Luesfällen, bei Tertiären, bei kongenitaler Lues, Tabes und Paralyse geht Nägeli in der Dosierung wesentlich höher. Er steigt auf 2,5—3,5 pro Kur. Nach 2 Monaten empfiehlt er eine Nachkur mit 4—5 mal 0,2—0,3 Silbersalvarsan. Wo die Wa.R. positiv blieb oder bei Tabes und Paralyse wurden noch weitere Kuren verabfolgt. Anfänglich wurde mit Silbersalvarsan allein, später kombiniert mit Hg behandelt; letzteres ohne irgendwelchen Nachteil. Nebenwirkungen von angioneurotischem Charakter waren anfänglich etwas häufiger als bei Neosalvarsan.

Im ganzen hält Nägeli das Silbersalvarsan für wirksamer als das Neosalvarsan und für einen erfreulichen Fortschritt in der Syphilistherapie. Max Winkler (Luzern).

Dreyfus, L. Nebenwirkungen des Silbersalvarsans. Vorschläge zu deren Verhütung. Deutsche med. Wochenschr. 1920. Nr. 47 und 48.

Damit vor Freigabe des Silbersalvarsans Indikationen und Kontraindikationen dieses nicht ganz harmlosen Mittels scharf begrenzt werden, gibt Dreyfus allgemeine Vorschriften für dessen Anwendung, Beschreibung der schädlichen Nebenwirkungen und Anweisung zu deren Vermeidung. Entkräftete, mit Milzvergrößerung, Drüsenschwellungen, Tuberkulose, Herz- und Gefäßerkrankungen Behaftete verlangen besondere Vorsicht und sind evtl. von der Silbersalvarsanbehandlung auszuschließen. Patienten mit Leber-, Magen-, Darm- und Stoffwechselerkrankungen können behandelt werden, aber mit besonderer Sorgfalt. Bei der syphilitischen Nervenerkrankung muß das Stadium berücksichtigt werden. Neben feinster Asepse ist das langsame Injizieren und Aufhören bei geringstem



Übelbefinden notwendige Vorbedingung. Verf. bespricht den anaphylaktoiden Symptomenkomplex, Fieber, Kopfschmerz, Mattigkeit, Erbrechen, Icterus, Thrombophlebitis und Infiltrate und weist besonders auf die prämontorische Bedeutung der Hauterscheinungen hin, die von Erythemen und Urticaria sich zu schwerer Dermatitis steigern können. Auf dies Exanthem müssen Ärzte und Patienten besonders achten, ebenso auf Parästhesien der Finger und Zehen. Die Dosierung muß einschleichend gehandhabt werden, geringfügige Reaktionen zeigen bereits die individuelle Dosis tolerata an. Man beginne mit 0,02—0,03 und steige, wenn die erste Injektion anstandslos vertragen wird, im Abstand von 3 Tagen auf 0,05, nach wiederum 3 Tagen auf 0,075; 0,1; 0,2; 0,25. Bei 2 Injektionen in der Woche pflegen sich die Patienten an das Silbersalvarsan zu gewöhnen. Das Mittel ist jedenfalls nicht so einfach zu handhaben wie Neosalvarsan und Salvarsannatrium. Max Joseph (Berlin).

Fabry. Über Behandlung der Syphilitis mit Silbersalvarsan. Deutsche med. Wochenschr. 1919. Nr. 49.

Fabry bezeichnet das Silbersalvarsan als das am intensivsten wirkende Salvarsanpräparat, welches sogar fibröse Restsklerosen und harte Kondylome zum Schwinden brachte. Um angioneurotische Nebenwirkungen zu vermeiden, injiziere man sehr langsam. Infiltraten und Nekrosen begegnet man, indem man die Injektion sofort unterbricht, wenn man fürchtet, nicht in die Vene, sondern in Gewebe gedrungen zu sein. Kleine Infiltrate sind zu inzidieren und mit feuchten Verbänden zu behandeln. Die S.-S.-Dermatitis tritt als urticarielle, erythematöse, schließlich squamöse Hautentzündung über die ganze Körperoberfläche auf und läßt Abmagerung und Schwäche zurück. Sobald sie erscheint, was im Falle des Verf. erst nach der 10. Injektion geschah, ist die Behandlung auszusetzen. Verf. rät wegen der schwierigeren Technik der Injektion das Silbersalvarsan nur in Kliniken zu gebrauchen, in stärkeren Verdünnungen und mit großer Rekordspritze oder Doppelirrigator langsam unter steter Kontrolle des Pulses und des angioneurotischen Symptomenkomplexes zu injizieren. Das Mittel ist besonders geeignet, für starkentwickelte sekundäre Lues, deren ansteckende Symptome es schnell beseitigt. Max Joseph (Berlin).

Hahn, F. Silbersalvarsan in der Syphilistherapie. Deutsche med. Wochenschr. 1920. Nr. 4.

Hahn sah bei Silbersalvarsanbehandlung niemals ernstere Schädigungen, die ihn gezwungen hätten, die Kur abzubrechen. Der anaphylaktische Symptomenkomplex trat nur selten, nie in gefährlicher Weise und stets sogleich nach der Injektion auf. Ebenso selten waren die schon am nächsten Tage verschwindenden Ödeme der Augenlider und Urticaria. Zuweilen erschien, meist durch Wasserfehler bedingt, Fieber. Die allgemeine Salvarsandermatitis tritt nach Überdosierung oder bei Insuffizienz der Nieren, die das Medi-



kament zu langsam ausscheiden, auf. Bei diesen geringen Nebenwirkungen sah Verf. vom Silbersalvarsan eine ausgezeichnete Heilwirkung auf alle Stadien der Syphilis und sichere Beeinflussung der Wa.R. Max Joseph (Berlin).

Kolle, W. Weitere Mitteilungen über Silbersalvarsan. Deutsche med. Wochenschr. 1920. Nr. 2.

Kolle weist auf das Ergebnis seiner Versuche hin, daß im Silbersalvarsan das Arsen durch das harmlosere Silber ersetzt sei und daß diese Verbindung trotzdem die Spirochäten in erhöhtem Maße beeinflusse. Angioneurotische Störungen werden vermieden, wenn man das Silbersalvarsan in stärkerer Verdünnung (0,1 auf 10 ccm Wasser) erst nach völliger Lösung und langsam injiziert. Vorübergehende Temperatursteigerungen sind nicht besorgniserregend. Erscheinen Erytheme, so stelle man die Kur ein, um einer Dermatitis vorzubeugen. Verminderter Harn deutet auf kranke Nieren und mahnt zur Vorsicht beim Salvarsangebrauch, bei Ödemen gehe man in der Dosis zurück. Icterus trat nach Silbersalvarsan niemals auf. Hg solle nicht gleichzeitig mit Salvarsan, sondern wenn überhaupt, erst nach Abschluß einer Salvarsankur gegeben werden. Neurorezidive erschienen seltener nach reiner Silbersalvarsanbehandlung als bei andern Heilmethoden. Will der Arzt, trotz mancher Gegengründe, doch eine mit Quecksilber kombinierte Kur unternehmen, so stellt die Silberkomponente des Präparats keine größere Gefahr dar, als bei Alt- und Neosalvarsan besteht. Verf. kommt zu dem Schlusse, daß bei sorgfältiger Technik, vorsichtiger Dosierung, ausreichenden Pausen zwischen den Kuren und klinischer Individualisierung das Silbersalvarsan ein ausgezeichnetes, besonders zur Abortivbehandlung der Syphilis geeignetes Heilmittel sei.

Max Joseph (Berlin).

Boas, Harald und *Klissmeyer*, Arne. Silbersalvarsan. Med. Klin. 1920. Nr. 9. p. 236.

Boas und Klissmeyer fassen ihre Ausführungen folgendermaßen zusammen: 82 Patienten wurden mit Silbersalvarsan behandelt. Die symptomatische Wirkung war ausgezeichnet und steht auf gleicher Höhe, wie die Wirkung der intramuskulären Altsalvarsaneinspritzungen. Eine gleichzeitige Behandlung von Salvarsan und Quecksilber vertragen die Patienten in gutem Ernährungszustand ausgezeichnet. Wir beobachteten keine hervortretenden Nebenwirkungen. Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Goldberger, Paul. Unsere Erfahrungen mit Silbersalvarsan. Med. Klin. 1919. Nr. 39. p. 955.

Goldberger erklärt zusammenfassend, daß das Silbersalvarsan in Anbetracht der geringeren Giftigkeit dem Altsalvarsan gegenüber, der höheren Wirksamkeit dem Neosalvarsan gegenüber, eine wertvolle Bereicherung der antisyphilitischen Mittel bedeutet. Vorsicht erscheint nur bei der Injektion selbst und insbesondere dann



geboten, wenn ein Patient nach zwei oder mehreren Injektionen verdächtige Erscheinungen, wie Benommenheit, Dermatitis, Fieber usw. zeigt. Am besten erscheint die Kombination mit Quecksilberpräparaten, wenn auch der weitere Versuch, nur mit Silbersalvarsan zu behandeln, besonders zur Abortivkur aussichtsreich erscheint, um so aussichtsreicher, als wir aus den histologischen Untersuchungen wissen, daß Silber eine besondere Affinität zu den Spirochäten hat und so dem Salvarsan als Leitschiene dienen könnte.

Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Hauck, L. Die Behandlung der Syphilis mit Silbersalvarsannatrium. Med. Klin. 1919. Nr. 25. p. 581.

Hauck fand die therapeutische Wirkung des Silbersalvarsannatriums auf floride syphilitische Haut- und Schleimhauterscheinungen sehr intensiv, manchmal auffallend gut. Die Toxizität des Präparates ist bei der angewendeten Dosierung eine sehr geringe. Sollte sich diese weiter bestätigen, so würde die Einführung des Silbersalvarsans einen großen Fortschritt für die Therapie bedeuten.

Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Riecke, Erhard. Schwere Erscheinungen nach Silbersalvarsan in einem Falle florider Syphilis. Med. Klin. 1919. Nr. 15. p. 329.

Bei Rieckes 41jährigem, sonst kräftigem Patienten erfolgte eine Behandlung ausschließlich mit Silbersalvarsan nach Ausbruch des makulopapulösen Exanthems. Die beiden ersten Infusionen zu je 0,2 g erfolgten im 5tägigem Intervall, alsdann in 7—10tägigen Pausen weitere fünf Infusionen, davon drei zu 0,2 g, zwei zu 0,15 g. Es wurden im ganzen in 42 Tagen 1,3 Silbersalvarsan gegeben. Nach der ersten Injektion Fieber, Schüttelfrost, Mattigkeit; nach der dritten Infusion leichte Benommenheit und Kopfdruck. 5 bis 6 Tage nach der sechsten Infusion geringfügiges Gesichtserythem. Nach der siebenten Injektion Zunahme der Hauterscheinungen und Ausbildung einer perakuten Dermatitis im Gesicht, an Hals und Händen. 16 Tage nach der letzten Injektion starke Verschlimmerung, hohes Fieber. Es kommt zum Bilde einer exfoliierenden Erythrodermie-Schleimhauterscheinungen in Mund, Kehlkopf und an den Konjunktiven. Wenige Tage später psychische und motorische Unruhe, hochgradige Polylalie mit gelegentlicher beinahe maniakalischer Steigerung. Abmagerung. Danach trotz allmählicher offensichtlicher Rückbildung der Hauterscheinungen zunehmende weitere Abmagerung. Ausbildung einer lobulären Pneumonie und Pleuritis. Exitus. Die Sektion ergibt: Konfluierte lobuläre Pneumonie im linken Oberlappen, lobuläre Pneumonie im rechten Oberlappen, Pleuritis serofibrinosa dextra et sinistra, Oedema pulmonum, Nephritis haemorrhagica, keine Krankheitserscheinungen am Gehirn und an den Meningen. Leber, ohne bes., enthält kein Arsen.



Riecke unterzieht den Verlauf und den Sektionsbefund einer kritischen eingehenden Besprechung. Eine Encephalitis haemorrhagica lag nicht vor, trotzdem während der Behandlung Erscheinungen auftraten, die an eine Hirnschwellung hätten denken lassen. Eine ausgesprochene Salvarsanfolge war die Dermatitis, die sowohl nach Silbersalvarsan wie nach anderen Salvarsanpräparaten in ähnlicher Form öfter beobachtet wurde.

Nach Rieckes Urteil, dem man sich meiner Ansicht nach anschließen muß, ist zwar der tödliche Ausgang schließlich durch die Lungenerscheinungen erfolgt, während die Intoxikationsmerkmale nach Salvarsan zurückgingen. Doch muß eine allgemeine Schädigung toxischer Natur, ausgesprochen in der zunehmenden Abmagerung mit sichtlichem Kräfteverfall, bestanden haben, die den deletären Ausgang, vielleicht auch ohne die interkurrente Lungenerkrankung herbeigeführt haben würde. Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Kreibich, C. Über Silbersalvarsannatrium. Med. Klin. 1919. Nr. 7. p. 165.

Kreibich kommt auf Grund seiner Prüfung des Silbersalvarsans zu dem Schlusse, daß dasselbe, auf den gleichen Arsengehalt dosiert, dem Altsalvarsan überlegen ist, daß aber seine geringere Ungiftigkeit eine höhere Dosierung gestattet. Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Sellei, Joseph. Weitere Erfahrungen mit Silbersalvarsan. Med. Klin. 1920. Nr. 13. p. 325.

Sellei berichtet über seine günstigen Erfahrungen mit Silbersalvarsan. Bei Syphilis des Nervensystems gab es recht gute Resultate; besonders günstig wurden die lanzinierenden Schmerzen und schmerzhaften Krisen bei Tabes beeinflußt. Besonders wichtig ist es, immer wieder darauf hinzuweisen, daß bei Neurorezidiven mit der Salvarsanbehandlung nicht gezögert werden darf.

Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Sioli, J. Über die Behandlung der progressiven Paralyse mit Silbersalvarsan und Sulfoxylat. Deutsche med. Wochenschr. 1920. Nr. 8.

Mit hohen Gesamtdosen bis zu 18 g Sulfoxylat und 10 g Silbersalvarsan, d. h. Einzeldosen bis 0,8 Sulfoxylat und 0,6 Silbersalvarsan behandelte Sioli progressive Paralyse und sah bei 20 lange beobachteten Fällen 6 sehr gut gebesserte, 5 bemerkenswert gebesserte und 9 unbeeinflußte. Die Mittel werden auch in dieser Stärke gut vertragen und waren leicht zu handhaben. Nach seinen Erfahrungen rät Verf. veraltete Fälle von der Behandlung auszuschließen, hingegen hält er energische Behandlung beginnender Paralyse für überaus aussichtsvoll. Neben dieser antiluetischen Einwirkung vom Blute aus seien als Hilfsmittel die Einführung spezifischer Mittel in den Lumbalsack, die Carotiden der Schädelhöhle, Fiebertherapie und Reizung zur Antikörperbildung in Erwägung zu ziehen.

Max Joseph (Berlin).

Bing, A., H. *Bauer* u. Ch. *Hallstein*, Zur Kenntnis des Silbersalvarsannatriums. 3. Mitteilung. Arb. a. d. Inst. f. exper. Therap. usw. 1920. Heft 10. p. 3.

Sowohl Arsenogruppen wie Hydroxylgruppen scheiden als Hauptangriffspunkte des Silbers aus. Es wird nur durch Nebenvalenzen an N gebunden. In Lösung befinden sich nebeneinander die Ionen des hydrolytisch nicht gespaltenen Anteils des Silbersalvarsans und die hydrolytischen Zerfallsprodukte (freies Silberoxydarsenoaminophenol und Natriumhydroxyd); dazu kommt noch die Verschiedenheit der Teilchengröße je nach dem Colloidzustand. Das Silbersalvarsannatrium ist als chem. Paradoxon zu bezeichnen, weil es eine sehr leicht oxydable Substanz, das Dioxydiaminoarsenobenzolnatrium und ein starkes Oxydationsmittel in ein und demselben Molekularverband enthält. Experimenteler Teil im Original nachzulesen. H. Biberstein (Breslau).

Reuß, V. A. Quecksilber- oder Salvarsandermatitis. Med. Klin. 1918. Nr. 17. p. 414.

Die beiden Fälle, über die v. Reuss berichtet, erinnern nach der Ansicht des Verfassers an einen von Brandweiner (Wiener klin. Wochenschr. 1916, Nr. 16) unter gleicher Bezeichnung mitgeteilten Fall. Der Beschreibung nach handelt es sich wohl um durch Salvarsan bedingte Dermatitiden.

Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Merk, Ludwig. Über den Wert der Schmierkur. Med. Klin. 1917. Nr. 41. p. 1079.

Merk spricht sein Bedauern darüber aus, daß bei der Syphilisbehandlung die Schmierkur gegenüber den Injektionsmethoden ganz in den Hintergrund gedrängt ist. Die Gründe, die ihm für den Wert der Schmierkur sprechen, sind folgende: Die zur Beseitigung der syphilitischen Erscheinunger forderlichen Quecksilbermengen können im allgemeinen ganz geringe sein. Das Einreiben ist an und für sich ein besonders wertvoller Teil der Kur, demnach die Heilkraft des Einreibens einer freies Quecksilber enthaltenden Salbe eine um so größere. Ferner unterstützt die Schmierkur die Haut in der Bildung von Abwehrstoffen. Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Manheimer, Edmund. Zur Frage, wie lange das Quecksilber nach Schmierkuren im Körper verbleibt. Med. Klin. 1919. Nr. 43. p. 1064.

Manheimer, der sich eingehend mit der Lomholtschen Arbeit: Die Zirkulation des Quecksilbers im Organismus, Archiv f. Dermatol. u. Syphilis 1918. Nr. 126, beschäftigt, berichtet über eine eigene Beobachtung, bei der 5 Jahre nach der letzten Quecksilberapplikation ein lange bestehender Knoten im Gesäß sich in einen Absceß verwandelte, ohne daß in dem Absceßeiter Quecksilber nachgewiesen werden konnte. Fritz Juliusberg (Braunschweig).



Bornemann. Über das Sarhysol. Med. Klin. 1917. Nr. 45. p. 1192.

Das Sarhysol, über welches Bornemann berichtet, ist ein Ersatzpräparat für Clins Enesol. Während wir in letzterem eine Doppelverbindung von salicylsaurem Quecksilber und monomethylarsensaurem Natron vor uns haben, ist das Sarhysol eine entsprechende Verbindung von Succinimidquecksilber und monomethylarsensaurem Natron. Bornemann gibt im allgemeinen alle 2 Tage 2 ccm intramuskulär, und zwar macht er 10 Einspritzungen. Er kombiniert seine Anwendung gerne mit der ungelöster Quecksilberverbindungen. Er empfiehlt die Anwendung des Sarhysols dort, wo eine schnelle Quecksilberwirkung erforderlich ist, bei Fällen, die auf unlösliche Hg-Präparate mit lokalen oder allgemeinen Erscheinungen ungünstig reagieren, bei gleichzeitiger Arsen- und Quecksilberindikation, bei Spätlues, bei gleichlaufender Salvarsan-Natriumbehandlung, besonders bei luetischen Erscheinungen im Gefäßsystem.

Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Brünecke. Über eine Nebenwirkung bei Quecksilberbehandlung. Therap. Monatshefte 1919. Heft 7. p. 262.

Bei einem Patienten mit Hirn- und Lungenlues (Nebenbefund tub. Spitzenaffekt links) ruft Embarin, intraglutäal, nach der sechsten Injektion 40° Temperatur ohne objektiven Befund hervor. Nach Abklingen der Temperatur in 2 Tagen bewirkt weitere Injektion 41° Temperatur und schmerzhafte Halsdrüsenschwellung. Meryodin in kleiner Dosis zeigt, nach 10tägiger Pause gegeben, die gleichen Nebenerscheinungen. Hans Martenstein (Breslau).

Ueberhuber. Alival zur chronischen Jodkur. Deutsche med. Wochenschr. 1919. Nr. 15.

Das von Ueberhuber empfohlene Alival ist ein organisches Jodpräparat, welches Affinität zu lipotropen und neurotropen Vorgängen zeigt, in Wasser, Alkohol und fetten Ölen löslich ist, etwa 63% Jod enthält und in Pulverform oder Tabletten zu 0,3 g innerlich, 10—25% zu Inunktionen rektal als Suppositorium sowie zu intramuskulären und intravenösen Injektionen verwendbar ist. Das Präparat wurde langsam ausgeschieden und erzeugte gute Heilwirkungen und nur geringe Nebenerscheinungen.

Max Joseph (Berlin).

Brun-Pedersen. Salvarsan oder Neosalvarsan. Ugeskrift for Läger 1918. Nr. 11. p. 431—437.

Durch Paralleluntersuchungen meint Verf. konstatieren zu können, daß Neosalvarsan bei syphilitischen Schleimhautmanifestationen eine bessere symptomatische Wirkung hat als Altsalvarsan (? der Ref.). Harald Boas (Kopenhagen).

Eisert. Über Novasurol, ein neues Quecksilbersalz zur Syphilisbehandlung. Therap. d. Gegenw. 1918. p. 172.

Eisert berichtet über günstige Erfahrungen mit Novasurol,



einem 33,9% Hg enthaltenden, wasserlöslichen Präparat. Er injiziert jeden 2. oder 3. Tag 2 cm einer 10 proz. Lösung und kombiniert die Behandlung evtl. mit Mercinol in der Art, daß er die Kur mit 6—8 Novasurolinjektionen beginnt und mit ebensoviel Mercinolinjektionen abschließt. Walter Pick (Wien).

Stühmer, A. Soll man bei fraglichen Geschwüren der Geschlechtsteile eine prophylaktische antiluetische Kur einleiten? Deutsche med. Wochenschr. 1918. Nr. 2.

Um bei früh zur Behandlung kommender Syphilis eine schnelle Heilung zu erzielen, rät Stühmer zuerst mit Salvarsan zu beginnen. Das hierbei erscheinende Spirochätenfieber kann direkt als diagnostisches Hilfsmittel gelten. Schickt man dem Salvarsan Hg voran, so verändert man damit die Art und Lokalisation der Spirochäten und vermindert so die Wirkung des Salvarsans. Man bringe in möglichst kurzer Zeit die Salvarsaneinzeldosis in die Höhe, wobei natürlich auf die Nebenwirkungen sorgfältig geachtet werden muß. Selbst wenn einmal ein nicht syphilitischer Patient, bei dem ein andres Ulcus einen Primäraffekt vortäuschte, mit Salvarsan behandelt wird, schadet das weniger, als wenn verdächtige Fälle zu spät zur Kur kämen. Der Hauptgesichtspunkt müsse stets in der Verschließung möglichst vieler Infektionsquellen gesehen werden. Max Joseph (Berlin).

Wilucki, v. Neosalvarsan bei Stauung im Pfortaderkreislauf. Deutsche med. Wochenschr. 1918. Nr. 18.

Bei einem Patienten mit syphilitischer Hepar lobatum, welche mit periportalen Gummen und Drüsenschwellungen kombiniert war, erzielte v. Wilucki mit Salvarsan und Jodkali überraschend gute Erfolge. Es traten keinerlei Intoxikationserscheinungen auf. Verf. rät bei jedem Fall von syphilitischer Lebererkrankung einen Versuch mit intravenösen Neosalvarsaninjektionen und Jodkali zu machen. Max Joseph (Berlin).

Nußbaum, Oscar. Erythema scarlatiniforme nach Salvarsanintoxikation. Deutsche med. Wochenschr. 1918. Nr. 17.

Dem an schwerer Syphilis leidenden Patienten gab Nußbaum 8 Neosalvarsandosen III intravenös und eine Quecksilberschmierkur von 130,0 Hg. Während die ganze Kur ohne Störung verlaufen war, zeigte sich nach der letzten Salvarsaninjektion plötzlich über den ganzen Körper ein Erythem mit nässenden Stellen und Pusteln, welches mit Fieber und starker Abmagerung einherging. Drei Monate nach der Wiederherstellung rief eine neue Salvarsaninjektion die gleichen Erscheinungen hervor. Es lag also nicht, wie zuerst vermutet wurde, Hg-Intoxikation, sondern Überempfindlichkeit gegen Salvarsan vor. Da die Wa.R. negativ verlief, hatte das Salvarsan vielleicht keine Angriffspunkte mehr im Organismus gefunden. Das Erythem endete mit totaler Abschilferung. Max Joseph (Berlin).



Polland, R. **Eigentümliche Folgen einer intramuskulären Salvarsaninjektion.** Wiener klin. Wochenschr. 1916. Nr. 42.

Tolland beobachtete bei einem Falle, der 2 Jahre vorher anderswo eine Salvarsaninjektion in den l. Glut. erhalten hatte, eine Fistel medial von der l. Protub. ossis ischii, durch welche sich ein Teil des Gewebes abstieß, ohne daß entzündliche Reizerscheinungen oder Eiterbildung zu konstatieren waren. Nach Behandlung mit Lapislösung heilte die Fistel in 4 Wochen aus. Viktor Bandler (Prag).

Arzt, L. **Über Versuche einer Salvarsantherapie der menschlichen Wut.** Wiener klin. Wochenschr. 1917. Nr. 48.

Die Salvarsantherapie hat in allen 3 Fällen von menschlicher Wut, in denen sie in Anwendung kam, versagt, trotzdem glaubt Arzt, den Versuch einer Salvarsanbehandlung auch in anderen Fällen von menschlicher Wut empfehlen zu sollen. Viktor Bandler (Prag).

Frühwald, R. **Über Abortivbehandlung der Syphilis.** Wiener klin. Wochenschr. 1917. Nr. 37.

Zusammenfassend sagt Frühwald: Die Versuche, die Syphilis im Primärstadium abortiv zu heilen sind ermutigend. Ausschlaggebend für den Erfolg ist in erster Linie der Zeitpunkt des Einsetzens der Behandlung; also die Zeit bis zur 5. oder 6. Krankheitswoche, da der Wassermann noch nicht positiv ist. Aber auch wenn der Wassermann schon positiv ist, kann eine Abortivheilung mit Aussicht auf Erfolg versucht werden, wenn die Kur sehr energisch durchgeführt und nach einem Vierteljahr wiederholt wird. Nach einer Abortivkur bei negativem Wassermann empfiehlt der Autor nach einem Jahre eine milde Beruhigungskur. Frühwald empfiehlt zur Abortivkur die intravenöse Infektion von 3 g Salvarsan, 4,5 g Neosalvarsan und intramuskul. Injekt. von 1,2 g Hydrarg. salicylicum oder wenigstens 20 Einreibungen. Nach Schluß der Kur Kontrolle jedes Vierteljahr und zwar durch 4 Jahre, dann 1 Lumbalpunktion. Viktor Bandler (Prag).

Weiß, A. **Fieber, ein wesentlicher Heilfaktor in der Syphilistherapie.** Wiener klin. Wochenschr. 1917. Nr. 34.

Weise behandelte 10 Fälle von Lues gleichzeitig mit Milch und Hg-Injektionen. Bei keinem derselben vermochte der Autor ein rascheres Abklingen der manifesten Erscheinungen zu konstatieren; auch das Verhalten der Wa.R. war in der Mehrzahl der Fälle, die sämtlich während der Milchbehandlungstemperaturmessung um 40° herum aufwiesen, ein refraktäres. In einem Falle konnten sogar nach einer Serie von 6 Milchinjektionen à 10 ccm und 10 Hydr. salicyl. Inj. noch Spirochäten in der bereits überhäuteten Sklerose nachgewiesen werden. Viktor Bandler (Prag).

Sachs, O. **Über die Wirkung des Urotropins auf die Gewebsprodukte der Syphilis.** Wiener klin. Wochenschr. 1916. Nr. 32.

An einer Untersuchungsreihe beobachtete Sachs, daß das



Urotropin syphilitische Gewebsprodukte im Sinne einer Rückbildung sichtbar beeinflußt; Rückbildung von Exanthemen, Papeln und Sklerosen. Viktor Bandler (Prag).

Kerl, W. Zur Kenntnis der Todesfälle nach intravenöser Salvarsaninjektion. Wiener klin. Wochenschr. 1916. Nr. 39.

Kerl erlebte nach Salvarsaninjektionen 2 Todesfälle und zieht aus den Beobachtungen den Schluß, daß Schädigungen der Gefäße vorgelegen sind; Alkoholabusus lag bei den Patienten mit großer Wahrscheinlichkeit vor. Die herabgesetzte Widerstandskraft der Gefäße kann den Anforderungen, die das Salvarsan an die Gefäße stellt, nicht mehr genügen und dieses Mißverhältnis scheint die Ursache für die letalen Zwischenfälle zu sein. Eine genaue Berücksichtigung aller Faktoren im Sinne einer Gefäßschädigung, insbesondere der cerebralen Gefäße, sowie eine vorsichtige Dosierung der Gesamtsalvarsanmenge dürfte diese Zwischenfälle wesentlich beschränken. Viktor Bandler (Prag).

Stümpke. Morbus Basedowii mit schwerer sekundärer Syphilis durch Salvarsan (Neosalvarsan) günstig beeinflußt. Deutsche med. Wochenschr. 1918. Nr. 35.

Eine Patientin mit lange bestehender Basedowscher Krankheit infizierte sich mit Syphilis und wurde wegen schwerer sekundärer Symptome mit Neosalvarsan behandelt. Neben der Rückbildung der syphilitischen Exantheme wurde eine so erhebliche Besserung des Exophthalmus, der Tachykardie und der Struma beobachtet, daß die Beeinflussung des Basedow durch Neosalvarsan fraglos erschien. Die Injektionen waren ohne jede Schädigung vertragen worden. Max Joseph (Berlin).

Hausmann, M. Zur Kenntnis der Alveolarpyorrhoe. Korrespondenzbl. f. Schweiz. Ärzte 1918. Nr. 36. p. 1197.

Bei einem Fall von hochgradiger Alveolarpyorrhoe, bei dem sich mikroskopisch fusiforme Bacillen und eine Spirochätenart nachweisen ließen, erzielte Verf. mit autogener Vaccine und intravenösen Neosalvarsaninjektionen eine deutliche Besserung. Lues scheint Verf. ausschließen zu können, da weder klinisch noch serologisch bestimmte Anhaltspunkte dafür vorhanden waren. Max Winkler (Luzern).

Schröder und *Helweg*. Einige Versuche mit Behandlung von Dementia paralytica mit subduralen Injektionen von Neosalvarsan. Hospitalstidende 1918. Nr. 29. p. 945—959.

Der Titel gibt den Inhalt an. 10 Patienten wurden mit 20 ccm Neosalvarsanserum behandelt. Die Resultate waren nicht ermunternd. Harald Boas (Kopenhagen).

Ylppö, A. Salvarsan-Natriumbehandlung der Lues congenita. Therap. Monatsh. 1918. H. 5. p. 155.

Nach Ylppö leistet die intravenöse reine Salvarsannatriumbehandlung ebensoviel wie die kombinierte Hg-Salvarsantherapie.



Er behandelte eine (allerdings sehr geringe — Ref.) Anzahl von Säuglingen mit Einzeldosen von 0,07—0,1 Salvarsannatrium, die einmal pro Woche gegeben wurden. Mehr als 3 Kuren innerhalb eines Zeitraums von $^3/_4$ —$1^1/_2$ Jahren pflegte Ylppö nicht zu machen. Die erste bestand gewöhnlich aus 6—10, die zweite aus 9—10, die dritte aus 10—14 Injektionen. Das Intervall zwischen den einzelnen Kuren betrug 3 Monate. Was die Technik anbelangt, so löste Ylppö stets 0,15 Salvarsannatrium in 1,5 ccm frisch dest. steril. Wasser auf und injizierte von dieser 10proz. Lösung die nötige Menge, meist 0,7—1,0 ccm (= 0,07—0,1 Salv. Natrium), in die mit dem Finger gestaute Temporalvene des Kindes in der Weise, daß zunächst eine dünne, kurze und mit einem $1^1/_2$ cm langen Gummischlauch versehene Kanüle in die Vene eingeführt und erst beim Erscheinen von Blut in der Schlauchöffnung die Spritze angesetzt und deren Inhalt ganz langsam injiziert wurde. Subcutane, intramuskuläre und epifasciale Salvarsannatriuminjektionen sind nach Ylppö wegen der Gefahr schwerer, nekrotisierender Infiltrate strikte kontraindiziert. Die starke Reizwirkung derartiger Injektionen erklärt sich, wie Verf. betont, aus dem enorm hohen Alkalescenzwert der üblichen Lösungen, der um das 10 000fache den des Blutes übertrifft. Sigismund Bochyński (Würzburg).

Heller, Julius. Schwere Arsenmelanose und Hyperkeratose nach Neosalvarsaneinspritzungen. Berliner klin. Wochenschr. 1918. Nr. 46. p. 1093.

2 Fälle, in denen nach antiluetischen Salvarsankuren Melanose, Hyperkeratose der Handteller und Fußsohlen und allgemeine Desquamation auftraten. Die Melanose betraf die ganze Körperhaut. Bei einem III. Falle, der in ähnlicher Weise sehr schwer verlief, fehlte die Melanose. Bei der Seltenheit dieser Fälle besteht kein Grund, deswegen die so übliche Salvarsanbehandlung einzuschränken.

Krakauer (Breslau).

Gsell, I. L. Über einen durch Neosalvarsaninjektion geheilten Fall von Milzbrand. Korrespondenzbl. f. Schweiz. Ärzte 1918. Nr. 45. p. 1505.

Fall von Milzbrand bei dem nach zwei intravenösen Neosalvarsaninjektionen — Dosen 0,15 und 0,6 — Temperaturabfall und Schwund der objektiven und subjektiven Symptome eintrat. 10 Tage nach der letzten Injektion Heilung. Die Bacillen sollen nach der Injektion aus dem Krankheitsherd verschwunden sein.

Max Winkler (Luzern).

Umansky, M. Beitrag zur Kasuistik der Spätexantheme nach Quecksilberverabreichung. Korrespondenzbl. f. Schweiz. Ärzte 1918. Nr. 43. p. 1435.

33jähriger Patient wurde wegen Lues mit intravenösen Neosalvarsan- und intramuskulären Calomelinjektionen behandelt. 33 Tage nach der letzten Hg-Injektion zeigte sich ein generalisiertes

Exanthem, das sich aus stecknadelkopfgroßen bis 1frankstückgroßen, leicht erhabenen Efflorescenzen zusammensetzte, von denen die kleineren in der Mitte meist ein Pustelchen trugen. An den Ohrmuscheln und am behaarten Kopf ein nässendes Ekzem. Verf. hält den Ausschlag für ein Hg-Exanthem, beruhend auf einer erworbenen Überempfindlichkeit; eine Cumulation durch Überschreiten der normalen Toleranz wird als nicht wahrscheinlich abgelehnt. Ob noch irgendwelche interkurrierende Organstörungen mitgewirkt haben, kann Verf. nicht entscheiden. Max Winkler (Luzern).

Sellei, Josef. Das Silbersalvarsan. Deutsche med. Wochenschr. 1918. Nr. 45.

Die Erfahrungen Selleis mit Silbersalvarsan ergaben, daß dies neue Mittel eine starke Heilwirkung auf die verschiedensten syphilitischen Erscheinungen ausübte, ohne daß jemals schädliche Nebenwirkungen auftraten. Max Joseph (Berlin).

Kolle, W. Experimentelle Studien zu Ehrlichs Salvarsantherapie der Spirochätenkrankheiten und über neue Salvarsanpräparate. Deutsche med. Wochenschr. 1918. Nr. 43 und 44.

Sowohl im Tierversuch als bei klinischer Anwendung fand Kolle das Silbersalvarsan vor andern Mitteln besonders spirillozid und wirksam. Experimente ergaben, daß das kolloidale Silber allein bereits eine ausgesprochene Wirkung auf Kaninchensyphilis ausübte, dagegen hat Verf. einen solchen direkten Einfluß des Hg auf Spirochäten nicht beobachtet. Die Nebenwirkungen des Silbersalvarsans aus Blutandrang zum Kopf und Spirochätenfieber sind leicht, vorübergehend und gefahrlos. In bezug auf die Dosierung warnt Verf. nicht nur vor zu großen, sondern auch vor zu kleinen Dosen, die leicht einen Konträreffekt, nämlich nicht völlige Abtötung, sondern Reizung und dadurch Vermehrung der Spirochäten hervorrufen können. Bei jedem Arsenpräparat kann nur bei einer bestimmten Arsenmenge akut tödliche Wirkung eintreten. Daneben kommt die Konzentration der Lösungen und die Zeit nach deren Herstellung in Betracht. Verf. kennzeichnet das beschriebene Salvarsanpräparat 1495 als gleichartig dem Neosalvarsan, leicht löslich, haltbar, an Luft wenig oxydabel, bequem zu gebrauchen und verhältnismäßig unschädlich. Max Joseph (Berlin).

Weichbrodt, R. Silbersalvarsannatrium und Sulfoxylatpräparat (Nr. 1495) in der Paralysetherapie. Deutsche med. Wochenschr. 1918. Nr. 44.

Aus den Tabellen, die Weichbrodt anführt, erhellt, daß Gesamtdosen über 4,0 g Sulfoxylat die Wa.R. im Blut und Liquor besserten, ja zum Schwinden brachten und auch die Lymphocytose stark beeinflußten. Noch bessere Resultate wurden mit Silbersalvarsannatrium erzielt, dessen Heildosis pro 1 kg Kaninchen sich dreimal so stark wie die des Neosalvarsans erwies. Bei 18 Paralyse-



fällen, die behandelt wurden, trat einmal nach Sulfooxylat gute Remission und Arbeitsfähigkeit ein. Trotz der starken Beeinflussung der vier Reaktionen hat Verf. sonst eine Heilwirkung auf Paralyse bis jetzt noch nicht gesehen, hofft aber mit diesen beiden Präparaten in der Paralysetherapie Fortschritte zu erreichen. Max Joseph (Berlin).

Fary, Joh. Über die Behandlung der Syphilis mit Silbersalvarsan. Deutsche med. Wochschr. 1918. Nr. 44.

Bei Anwendung von 0,2 und 0,3 Silbersalvarsan sah Fabry schon nach wenigen Injektionen die Spirochäten verschwinden und Primäraffekte, starke Kondylome, tertiäre große Defekte gut heilen. Schädliche Nebenwirkungen kamen nicht vor. Die Patienten wurden nach der Injektion einige Stunden in Bettruhe gehalten. Fälle mit ausgedehnten sekundären Symptomen zeigten nach der ersten Injektion Temperatursteigerungen, nach weiteren Injektionen normale Temperatur, was sich aus dem ersten schnellen Spirochätenzerfall erklärt. Mit Salvarsansulfoxylat wurde ein Primäraffekt gut geheilt und Verf. rühmt, daß dies Präparat besonders leicht zu handhaben ist und ausgezeichnet vertragen wird. Max Joseph (Berlin).

Gennerich. Über Silbersalvarsan. Deutsche med. Wochenschr. 1918. Nr. 45.

Nach Gennerichs Erfahrungen ist das Silbersalvarsan wirksamer als alle andern Salvarsanpräparate, beseitigt schon in kleiner Dosierung die positive S.R. bei sekundärer Syphilis schneller als die bisherigen Behandlungsmethoden und erzielt in 2—3 Wochen neben der Excision des Primäraffekts eine Abortivheilung frischer Fälle. Das Präparat erwies sich auch geeignet zur Frühsterillisation frischerer sekundärer Syphilis. Bei älteren Infektionen müssen natürlich die übliche Nachbehandlung, Jodkur oder milde Zwischenkuren mit Hg stattfinden. Der geringe Arsengehalt und die mögliche kleine Dosierung verringern die Gefahren der Überempfindlichkeitsreaktion sowie der Kumulation. Die Einspritzung muß unmittelbar nach der Lösung und langsam vorgenommen werden. Hg-Kombination ist nicht ratsam. Bei stärkeren Gefäßveränderungen ist Neosalvarsan oder das mildere Sulfoxylat zu bevorzugen. Max Joseph (Berlin).

Galewsky. Über Silbersalvarsannatrium. Deutsche med. Wochenschr. 1918. Nr. 48.

Galewsky erprobte das Silbersalvarsannatrium als ein stark wirkendes Heilmittel gegen Syphilis. Mit kleineren Dosen wurden die gleichen Erfolge erzielt wie mit den großen des Neosalvarsans. Intoxikationserscheinungen kamen nicht vor. Verf. vermutet, daß die Silberkomponente dieses verstärkte Wirkung hervorbringt. Das würde eine Verminderung der Gefahr der toxischen Arsenwirkung einschließen und wir hätten in diesem Falle ein Präparat, welches bei starker spezifischer Heilkraft die Schädigungen des Salvarsans in geringerem Grade als bisher erreicht wurde, ausüben kann.

Max Joseph (Berlin).

Fischl, Fr. Über Neosalvarsanbehandlung schwerer Fälle von Erythema multiforme. Wiener med. Wochenschr. 1917. Nr. 43.

Bei einem Kranken, der außer den Hauteffllorescenzen des Erythema multiforme besonders das Krankheitsbild in schwerer Form an der Mundschleimhaut zeigte, versuchte Fischl intravenöse Neosalvarsaninjektionen (0,15). Der Erfolg war eklatant, am nächsten Tag war der Zustand wesentlich gebessert, binnen 8 Tagen die Schleimhaut und Hautaffektion restlos geheilt. Viktor Bandler (Prag).

Scherber, G. Über die Wirkung intramuskulärer Milchinjektionen auf die latente und manifeste Syphilis und Mitteilung der Erfahrungen mit der Fiebertherapie im allgemeinen. Wiener med. Wochenschr. 1917. Nr. 27.

Scherber erzielte unter 20 Fällen von latenter Lues, die nach Milchinjektionen hoch fieberten 4 mal eine Änderung der negativen Wa.R. in eine schwach oder mittelstarke positive Reaktion erzielen. Bei manifest Syphilitischen wirkten Milchinjektionen bei 2 Fällen ohne vorausgegangene spezifische Therapie auf die klinischen Symptome nicht, in einem Falle wurde die negative Wa.R. schwach positiv. Da die Milchinjektion allein keine therapeutische Wirkung auf den Luesprozeß hat, sondern zum Zustandekommen einer entsprechenden Wirkung gewisse Mengen der spezifisch wirkenden Agenzien vorhanden sein müssen, wandte Scherber die Kombination der Milchinjektionen mit Hg-Neosalvarsan an. Die Versuche betreffen sekundäre und tertiäre Fälle und zeigen auch die Möglichkeit, eine hartnäckige positive Wa.R. durch diese Behandlungsform rascher und bestimmter negativ zu machen als durch die Hg-Neosalvarsanbehandlung allein. Die Wirkung der Kombination der spezifischen Behandlung mit der Fiebertherapie scheint nicht nur ihren Grund in einer intensiven Umsetzung der eingeführten spezifischen Mittel zu haben, sondern eine gewisse Mobilisierung des Luesprozesses zu bedingen. Bei Tabesfällen beobachtete Scherber bei dieser Behandlung Besserung des Allgemeinbefindens und einiger Symptome.

Bei Epididymitis und Prostatitis konnte Scherber Beeinflussung der Infiltrate, raschere Resorption nach Milchinjektionen, beobachten. Bei Psoriasis war nach fieberhaften Milchinjektionen eine Erweichung der Plaques bei gleichzeitiger äußerer Therapie zu konstatieren. Die Fiebererzeugung nach Milchinjektionen ist keine gleichmäßige.

Viktor Bandler (Prag).

Sztangevits, L. Ein Fall von Dämmerzustand nach Neosalvarsaninjektion. Wiener med. Wochenschr. 1918. Nr. 11. (Militärarzt Nr. 1.)

Bei einem 49 jährigen alkoholabstinenten Militärarzt beobachtete der Autor nach einer intravenösen Neosalvarsaninjektion (0,45), die sich der Patient wegen Malaria selbst lege artis appliziert hatte, einen Dämmerzustand, der mit Sinnestäuschungen, Selbstbeschuldi-



gung mit triebartigen Handlungen, ängstlichem Wesen, Temperatur 39° und nachträglicher schleierhafter Erinnerung einherging. Der Zustand dauerte 16 Stunden. Viktor Bandler (Prag).

Meisel, M. v. Gibt es Salvarsanschädigungen der Hör- und Sehnerven oder nicht? Berliner klin. Wochenschr. 1919. Nr. 7. p. 150.

Schon in der älteren Literatur — bereits im 15. Jahrhundert — finden sich Angaben über syphilitische Nervenerkrankungen, auch im frühen Stadium der Lues. Ebenso ist die neuere Literatur reich an solchen Mitteilungen. Aus den Jahren 1910—1918 berichtet v. Meisel über Fälle schwerer Gehörstörungen, die auf Syphilis beruhten. Andererseits hat er bei 4000 Injektionsfällen nie eine Salvarsannervenschädigung beobachtet. Daher glaubt er an eine solche nicht. Voraussetzung ist allerdings einwandfreie Technik.

Krakauer (Breslau).

Winkler, G. Über die Heydenschen Antisyphilitica Mercoid und Arsenohyrgol. Therap. d. Gegenw. 1918. p. 241.

Die Mittel wurden in rund 1200 Luesfällen angewandt. Vom unlöslichen Mercoid wurden 8—10 Injektionen à 1 ccm einmal wöchentlich, vom löslichen Arsenohyrgol 12—15 Injektionen à 2 ccm jeden 2. Tag verabfolgt. Beide Mittel wurden, wo dies möglich war, mit Neosalvarsan- oder Salvarsannatriumdarreichung kombiniert. Wo das nicht möglich war, wurden die beiden Mittel miteinander kombiniert. Gute Erfolge. Walter Pick (Wien).

Buschke. Zur Behandlung der Syphilis mit Salvarsan. Therap. d. Gegenw. 1919. p. 7.

Buschke hat seine ursprüngliche Skepsis gegenüber dem Salvarsan noch nicht ganz verloren, wenn er es auch jetzt nicht bloß, wie zu Beginn, rein symptomatisch, besonders bei bestimmten Formen der Syphilis (Lues maligna, Hg-Idiosynkrasie oder Unwirksamkeit von Hg usw.) anwendet, sondern es auch neben Hg im seronegativen Frühstadium zur Abortivkur empfiehlt. Die Frage, ob diese Abortivfälle wirklich dauernd geheilt und ob Tabes und Paralyse hierdurch seltener geworden sind, muß noch offen gelassen werden.

Walter Pick (Wien).

Müller, Rudolf und Felix *Groos*. Über die spirillicide Wirkung von Neosalvarsan bei Sklerosen. Berliner klin. Wochenschr. 1919. Nr. 14. p. 319.

Zur Beurteilung der spirillciiden Wirkung wurde die Dunkelfelduntersuchung benutzt. Dabei ergab sich: von 10 seropositiven Sklerosen zeigte die allergrößte Mehrzahl nach 0,3 Neosalvarsan innerhalb 15 Stunden keine Spirochäten mehr. Dagegen waren bei 11 seronegativen Sklerosen 10 mal nach 0,3 Neosalvarsan 16—23 Stunden nach der Einspritzung noch Sp. p. nachweisbar, wenn auch spärlich und wenig beweglich; 1 mal nach 15 Stunden Sp. p. —, kurze Zeit danach war hier Wa.R. schwach +. Der Grund des Unter-



schiedes zwischen seropositiven und seronegativen Fällen ist schwer anzugeben. Vielleicht wird die chemotherapeutische Wirkung durch die geänderten Immunitätsverhältnisse günstig beeinflußt, wogegen allerdings die Erfahrungen bei der abortiven Behandlung sprechen. Bei der Prüfung des Silbersalvarsans sollte diese Untersuchungsmethode ausgiebig herangezogen werden.

Krakauer (Breslau).

Zieler, Karl. Schwere Arsenmelanose und Hyperkeratose nach Neosalvarsaneinspritzungen. Berliner klin. Wochenschr. 1919. Nr. 15. p. 346.

Zieler wendet sich gegen Hellers in der Berliner klin. Wochenschr. 1918, Nr. 46 niedergelegte Ansichten über den gleichen Stoff. Zieler hat vielfach Fälle mit den gleichen klinischen Erscheinungen gesehen, wie sie Heller schildert; sie erwiesen sich aber sämtlich als Hg-Exantheme; zum Teil wurde dies durch die Sektion sichergestellt. Die spätere Veröffentlichung bleibt vorbehalten. Die mehrfach bei den Intoxikationen gesehenen starken follikulären Hyperkeratosen erklärt Zieler nicht als Arsenfolge, sondern führt sie auf die gleichzeitige Salbenbehandlung mit Kriegsvaseline zurück; ebenso die Melanosen, die auch ohne As und Hg nach Kriegssalben und -ölen auftraten. Auch die Beteiligung der Handteller und Fußsohlen, das langdauernde Fieber, die Abscesse, die Nierenbeteiligung erklärt Zieler durch Hg. Allenfalls ist mitunter neben dem Hg auch das Salvarsan von Bedeutung. Krakauer (Breslau).

Haxthausen. 200 Fälle von primärer Syphilis mit Salvarsan und Quecksilber behandelt. Ugeskrift for Läger 1919. Nr. 6. p. 217—226.

Verf. verwendet 2 intravenöse und 1 intramuskuläre Salvarsaninjektionen nebst Quecksilberinunktionen. Gute Resultate.

Harald Boas (Kopenhagen).

Nielsen, Ludry. Statistik der Salvarsanbehandlung. Kritische Bemerkungen anläßlich der „200 Fälle von Primärsyphilis". Ugeskrift for Läger 1919. Nr. 8. p. 340—343.

Sehr eingehende Kritik der Haxthausenschen Arbeit.

Harald Boas (Kopenhagen).

Lomholt. Statistik der Salvarsanbehandlung. Ugeskrift for Läger 1919. Nr. 8. p. 344.

Polemik gegen Haxthausen. Harald Boas (Kopenhagen).

Haxthausen. Statistik der Salvarsanbehandlung. Antwort an Dr. Brun-Pedersen. Ugeskrift for Läger 1919. Nr. 8. p. 345.

Polemik gegen Brun-Pedersen.

Harald Boas (Kopenhagen).

Brun-Pedersen. Statistik der Salvarsanbehandlung. Berichtigung. Ugeskrift for Läger 1919. Nr. 8. p. 345.

Polemik gegen Haxthausen. Harald Boas (Kopenhagen).



Haxthausen. Statistik der Salvarsanbehandlung. Ugeskrift for Läger 1919. Nr. 9. p. 399—400.

Polemik gegen Ludvig Nielsen: Harald Boas (Kopenhagen).

Haxthausen. Statistik der Salvarsanbehandlung. Ugeskrift for Läger 1919. Nr. 8. p. 400—401.

Polemik gegen Lomholt. Harald Boas (Kopenhagen).

Jersild. Statistik der Salvarsanbehandlung. Ugeskrift for Läger 1919. Nr. 9. p. 401—402.

Polemik gegen Haxthausen. Harald Boas (Kopenhagen).

Fönss, Aage L. Nominative Registrierung der Syphilitiker. Ugeskrift for Läger 1919. Nr. 9. p. 402—403.

Polemik gegen Ludry Nielsen. Harald Boas (Kopenhagen).

Ludvig Nielsen. Die Statistik der Salvarsanbehandlung. Ugeskrift for Läger 1919. Nr. 10. p. 449—450.

Polemik gegen Haxthausen. Harald Boas (Kopenhagen).

Haxthausen. Antwort an Dr. Jersild. Ugeskrift for Läger 1919. Nr. 10. p. 450—451.

Polemik gegen Jersild. Harald Boas (Kopenhagen).

Jersild. Statistik der Salvarsanbehandlung. Ugeskrift for Läger 1919. Nr. 11. p. 489—490.

Polemik gegen Haxthausen. Harald Boas (Kopenhagen).

Korsbjerg. Statistik der Salvarsanbehandlung. Ugeskrift for Läger 1919. Nr. 11. p. 490—491.

Polemik gegen Haxthausen. Harald Boas (Kopenhagen).

Haxthausen. Statistik der Salvarsanbehandlung. Ugeskrift for Läger 1919. Nr. 12. p. 518—519.

Polemik gegen Korsbjerg. Harald Boas (Kopenhagen).

Pürckhauer. Eine unter dem Bild einer fieberhaften schweren Dermatitis exfoliativa verlaufende Salvarsanintoxikation mit Übergang in eine Arsenmelanose und Arsenkeratose. Münch. med. Wochenschr. 1917. Nr. 30. Feldärztl. Beil. p. 994.

Mitteilung eines Falles von schwerer Intoxikation nach kombinierter Quecksilber-Salvarsantherapie, der in seinem Verlaufe eine ausgebreitete Melanose und Palmar- und Plantarkeratose zur Folge hatte. Alfred Perutz (Wien).

Engwer. Über die intravenöse Jodtherapie bei Syphilis. Münch. med. Wochenschr. 1917. Nr. 23. Feldärztl. Beil. p. 360.

Wenn zwar der intravenösen Jodnatriumzufuhr beim Menschen die Erscheinungen des Jodismus an Haut und Schleimhäuten fast völlig fehlen, so sind doch die Gefahren thyreotoxischer Störungen bedeutend vermehrt, so daß Engwer davon abrät, diese Medikation für die Syphilistherapie zu verwenden. Alfred Perutz (Wien).



Fabry. Behandlung der luetischen fibrösen Sklerosen mit Acid. carbolicum liquefactum. Münch. med. Wochenschr. 1917. Nr. 15. p. 487.

Empfehlung zur Behandlung der Narben nach Ulcus durum mittels Ätzungen mit reiner Carbolsäure. Alfred Perutz (Wien).

Engwer. Bemerkungen über den Wert der Abelinschen Salvarsanreaktion im Urin. Münch. med. Wochenschr. 1917. Nr. 14. p. 446.

Nur der positive Ausfall der Abelinschen Urinreaktion beweist, daß noch Salvarsan vor kurzem im Körper wirksam war.

Alfred Perutz (Wien).

Wechselmann. Über die Pathogenese der Salvarsantodesfälle. Münch. med. Wochenschr. 1917. Nr. 11. p. 345.

Wechselmann weist auf die Todesfälle bei Salvarsan während der Gravidität hin und auf die Ähnlichkeit der Befunde bei eklamptischer Niere und auf die durch S. geschädigten. Auch die Glomerulonephritis der Kriegsteilnehmer und deren Folgezustände erfordern bei der Salvarsantherapie eingehende Beachtung, während die echte Urämie mit erhöhtem Reststickstoff und die arteriosklerotische Pseudoleukämie nur eine geringere Rolle auf die Salvarsanschädigungen zu spielen scheint. Alfred Perutz (Wien).

Gärtner. Über unsere Technik und das Instrumentarium zur endolumbalen Behandlung der meningealen Syphilis. Münch. med. Wochenschr. 1917. Nr. 10. Feldärztl. Beil. p. 145.

Zu kurzem Referat nicht geeignet. Alfred Perutz (Wien).

Ballin und *Engwer*. Läßt sich die Luesbehandlung der Kriegsteilnehmer den therapeutischen Prinzipien des Friedens näherbringen? Münch. med. Wochenschr. 1917. Nr. 2. Feldärztl. Beil. p. 18.

Vorschläge zur Durchführung einer chronisch-intermittierenden antiluetischen Behandlung. Alfred Perutz (Wien).

Hirsch, Hans. Über Salvarsannatrium. Münch. med. Wochenschr. 1916. Nr. 27. p. 966.

Natriumsalvarsan tötet in sehr energischer Weise die Spirochäten in den beiden ersten Perioden der Syphilis ab. Es wird durchwegs ausgezeichnet vertragen. Auffallend war die vorzügliche roborierende Wirkung. Alfred Perutz (Wien).

Gennerich. Zur Behandlungsfrage der frischen Luesstadien. Münch. med. Wochenschr. 1916. Nr. 35/36. Feldärztl. Beil. 35/36. p. 1269.

Auf Grund sechsjähriger Dauerbeobachtung wurde ein grundsätzlicher Unterschied in der Hg- und Salvarsankombinationsbehandlung festgestellt. Hg wirkt symptomatisch und vermag nur bei stark kumulierter Behandlung vom frischen Stadium an bis über mehrere Jahre hin die Syphilis gelegentlich zu sterilisieren. Der



Erfolg ist aber unsicher. Die Latenz ist nicht abhängig von der Hg-Wirkung. Anders die Salvarsankombinationsbehandlung, wenn sie als abortive oder intermittierende Sterilisationskur angewendet wird. Bei ungenügender Kombinationsbehandlung tritt eine qualitative Veränderung im biologischen Verhalten der Syphilis ein, wodurch sich ein Überhandnehmen meningealer Krankheitsvorgänge und eine gesteigerte Progedienz des Luesverlaufes ergibt.

Alfred Perutz (Wien).

Müller, Hugo. Silbersalvarsannatriumbehandlung der Syphilis. Deutsche med. Wochenschr. 1918. Nr. 51.

Müller charakterisiert die Wirkung des Silbersalvarsans bei Syphilis etwa folgendermaßen: Bereits kleinste Dosen (0,1) töten die Spirochäten schneller als bei jedem andern Salvarsanpräparat. Kleinere Dosen, als wie sonst notwendig, bringen die syphilitischen Erscheinungen ebenso schnell zur Rückbildung wie intramuskulär injiziertes Altsalvarsan. Die Beeinflussung der Wa.R. ist durch Silbersalvarsan stärker als durch Neosalvarsan. Verf. rät daher bei der durch die Beratungsstellen sichergestellten Weiterkontrolle die reine, nicht mit Hg kombinierte Silbersalvarsankur durchzuführen. Eine Gefahr für die Kranken wäre hierbei ausgeschlossen.

Max Joseph (Berlin).

Mock. Zur Technik der Silbersalvarsanbehandlung. Deutsche med. Wochenschr. 1918. Nr. 52.

Durch das Auftreten angioneurotischer Symptome sah sich Mock veranlaßt, während der Silbersalvarsaninjektionen stets den Puls zu kontrollieren. Ist dieser beschleunigt, so muß bis zu seiner Beruhigung mit der weiteren Silberinjektion gewartet werden. Tritt Blutandrang zum Kopfe ein, so muß die Injektion abgebrochen werden, um einem Ohnmachtsanfall vorzubeugen. Bei empfindlichen Patienten wandte Verf. das Silbersalvarsan in langsamer, etwa 3 Minuten dauernder Infusion an. Das Silbersalvarsan wurde in 20—30 ccm 4 proz. Kochsalzlösung gelöst, das Flüssigkeitsquantum mit 0,8 proz. Kochsalzlösung auf 200 ccm erhöht und mit der von Gennerich zur endolumbalen Behandlung angegebenen Bürette injiziert.

Max Joseph (Berlin).

Nathan, E. und *Reinecke*, H. Über Sulfoxylatsalvarsan. Deutsche med. Wochenschr. 1919. Nr. 1.

Das von Nathan und Reinicke empfohlene Sulfoxylatsalvarsan ist fast nicht oxydierbar und wegen seiner Haltbarkeit in Ampullen als gebrauchsfähige Lösung herzustellen. Es kommt an Wirkung auf floride syphilitische Symptome, an Beeinflussung der Wa.R. und an Verträglichkeit etwa dem Neosalvarsan gleich. Vielleicht wirkt es etwas langsamer, so daß es sich besser für die intermittierende Behandlung der latenten Syphilis als für Frühstadien, die eine schnelle Beseitigung der Symptome und damit der Infektiosität wünschenswert machen, eignet.

Max Joseph (Berlin).



Hahn, F. Über Silbersalvarsan. Deutsche med. Wochenschr. 1918. Nr. 50.

Hahn fand die Wirkung des Silbersalvarsans in allen Stadien der Syphilis schnell und erfolgreich. Positive Wa.R., die anderer Behandlung getrotzt hatte, wurde nach Silbersalvarsan negativ, die klinischen, auch sonst refraktäre gummöse Erscheinungen verschwanden, lanzinierende Schmerzen eines Tabikers hörten auf. Schädigungen kamen nicht vor bis auf bald vorübergehendes Fieber, kurzdauernde Magendarmstörungen und unwesentlichen Blutandrang zum Gehirn. Verf. spritzte stets intravenös Dosen von 0,1—0,3 cm, hält aber auch stärkere Dosen für ungefährlich. Im ganzen wurden 6 Infusionen in etwa 6 Wochen ausgeführt und in dieser Weise 68 Patienten mit etwa 500 Infusionen behandelt.

Max Joseph (Berlin).

Rehder, Hans und Wilh. *Beckmann* (Kiel). Über Spätikterus bei Lues nach Salvarsanquecksilberkur. Zeitschr. f. klin. Med. 1917. Bd. LXXXIV. p. 234.

Mitteilung von 20 Fällen aus der Kieler medizinischen und dermatologischen Klinik, und zwar von meist im 2. oder 3. Stadium befindlicher Syphilis, welche mehrere Monate nach einer gewöhnlichen kombinierten Salvarsanquecksilberkur an hochgradigem Ikterus mit starker Leberschwellung erkrankten. Erbrechen, Durchfälle und vollkommene Appetitlosigkeit führen zu starker rascher Abmagerung und dem Gefühl großer Mattigkeit. Nach 1—6 Wochen langem Bestehen beginnt der Ikterus spontan allmählich abzulassen und mit dem Verschwinden der Gelbsucht bessert sich das Allgemeinbefinden rasch, so daß im Laufe einiger Wochen mit der Wiederkehr von Gewicht und Kräften völliges Wohlbefinden sich einstellt. Die Leberschwellung geht in der Regel gänzlich zurück. Die Erkrankung dauert bis zum völligen Verschwinden des Ikterus 3—13 Wochen. Der Spätikterus unterscheidet sich anscheinend prinzipiell weder von dem leichten, einige Tage oder Wochen nach Salvarsan auftretenden „Salvarsanikterus", noch zeigt er wesentliche Unterschiede im klinischen Bilde gegenüber den vereinzelt beschriebenen Fällen von letal endigender gelber Leberatrophie nach Salvarsan. Bezüglich seiner Schwere nimmt er zwischen diesen beiden Erkrankungen eine Mittelstellung ein. Als Ursache der Erkrankung scheint eine gewisse Bereitschaft der Leber hierzu durch die Syphilis in Frage zu kommen und lang dauernde Katarrhe in den Abflußwegen durch das Salvarsan. Das verspätete Auftreten weist auf akzidentelle Hilfsursachen hin, wie: Hg-Darreichung, besonders Enteritis mercurialis, dann Achylia gastrica, Achylia pancreatica, akute Gastroenteritiden, Abusus alcoholi et nicotini, Salvarsandermatitis und Gravidität. Die Erkrankung zeigt sich in den besprochenen Fällen 3mal so häufig beim weiblichen als beim männlichen Geschlecht.

P.

Nonne, Max (Hamburg). Über die Heilbarkeit der Dementia paralytica. Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk. 1918. Bd. LVIII. p. 53.

Mitteilung dreier Fälle, welche sowohl auf Grund wiederholter Liquoruntersuchungen als in klinischer Beziehung als geheilt anzusehen sind. Nonne spricht sich auch für eine Nachprüfung der bei strengster Asepsis ungefährlichen intralumbalen Applikation des Salvarsans (Gennerich) aus. P.

Hofmann, E. (Bonn). Vermag kräftige Frühbehandlung der Syphilis mit Salvarsan und Quecksilber Erkrankungen des Nervensystems zu verhüten? Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk. 1918. Bd. LX. p. 70.

Hofmann empfiehlt die sekundäre Syphilis mit zwei starken, durch etwa dreimonatige Pausen getrennten Hg-Salvarsannatriumkuren zu behandeln (jedesmal 8—10 Einspritzungen) und ebenso auch bei veralteter seropositiver primärer Syphilis vorzugehen, wenn Wa.R. bei der 4. bis 5. Salvarsaneinspritzung noch positiv ist. Je früher die Salvarsan-Quecksilberkur im Primärstadium beginnt, um so sicherer werden frühe oder späte Nervenerkrankungen einschließlich Tabes und Paralyse verhütet. Die Neurorezidive im Frühstadium sind wohl darauf zurückzuführen, daß die Einwanderung der Sp. p. in das Nervensystem oft schon früh stattfindet und bei zu schwacher Behandlung mit Salvarsan dieses nicht genügend ins Nervengewebe eindringt, aber die Bildung von Immunstoffen doch so weit schwächt, daß ein zurückgebliebenes Spirochätennest so schnell wachsen kann, wie in einem noch nicht erkrankten Organismus. Übrigens verlaufen diese Neurorezidive des Frühstadiums, ebenso wie die von Hofmann beschriebenen tardiven nicht progredient, sondern meist günstig. Eine wahrhaft neurotoxische Wirkung des Salvarsans ist nicht erwiesen. Zur Bekämpfung der Syphilis als Volksseuche ist behufs möglichst frühzeitiger Erkennung und energischer Sal.-Hg-Behandlung weitgehende Aufklärung aller Volkskreise und gute Ausbildung aller Ärzte nebst ausreichender Einrichtung von Untersuchungsstellen notwendig. P.

Heller, Julius. Erwiderung auf die Bemerkung Karl Zieglers zu meiner Arbeit (Berl. klin. Wochenschr. 1918. Nr. 46): Schwere Arsenmelanosen und Hyperkeratosen nach Neosalvarsaneinspritzungen (Berl. klin. Wochenschr. 1919. Nr. 15. Berl. klin. Wochenschr. 1919. Nr. 23. p. 542.

Heller wiederlegt Zieglers Ansicht mit dem Hinweis darauf, daß palmare und plantare Hyperkeratosen nur nach As, nie nach Hg beschrieben wurden, daß ferner gleichmäßig diffuse Pigmentierungen auf endogenen Ursachen beruhen müssen, während die Melanosen nach Kriegsvaseline gerade durch ihre verschiedenartigen Ausbildungen gekennzeichnet sind. Da außerdem Fälle bekanntgeworden sind, bei denen Melanosen mit Hyperkeratosen auftraten, die nur mit



Salvarsan behandelt wurden, so ist Zieglers Ansicht von der ätiologischen Rolle des Quecksilbers bei diesem Krankheitsbilde als widerlegt zu betrachten. Krakauer (Breslau).

Nobl, G. Noch einmal über den sogenannten Wasserschaden in der Salvarsanbehandlung. Wien. med. Wochenschr. 1917. Nr. 19.

Die Beobachtung der mit Salvarsan durchgeführten Behandlungsweisen lehrt, daß ein intensiveres Anschnellen der Temperatur in allen Stadien der Lues, auch in der Latenzperiode, gelegentlich bei völlig gleichbleibender gewissenhafter Vorbereitung und Verwendung ein und desselben Infusionsmateriales zustande kommt. Die Versuchsreihen zeigen aber gleichzeitig, daß auch der legendäre anorganische Wasserfehler nicht für die ihm angedichtete Fähigkeit verantwortlich gemacht werden kann. Das von Nobl gebrauchte Wasser aus der Engelapotheke wird durch verzinkte Kupferröhren geleitet, ohne pyrogen wirkende Metallspuren aufzunehmen. Die Jenaenser Phiolen geben selbst nach vielmonatigem Kontakt mit dem sterilisierten destillierten Wasser keine Alkalimengen ab, die irgendwie von schädigendem Einfluß wären. Die Analyse dieser alten Destillate hat weder wägbare Rückstände noch organische Beimengungen ergeben. Viktor Bandler (Prag).

Skutezky, K. Über den Enesolersatz Arsenohygrol. Wien. med. Wochenschr. 1916. Nr. 42.

Im Arsenohygrol empfiehlt der Autor ein Quecksilberpräparat, das sich durch bequeme Anwendungsweise und besondere Reizlosigkeit auszeichnet und dabei eine gute therapeutische Wirkung zu besitzen scheint. Viktor Bandler (Prag).

Gonorrhoe.

Boas. Behandlung von venerischen Krankheiten mit parenteralen Milchinjektionen. Hospitalstidende 1918. Nr. 16 p. 309—313.

Übersichtsartikel. Harald Boas (Kopenhagen).

Müller, R. Über ein neues Anwendungsgebiet und das therapeutisch wirksame Prinzip parenteraler Proteinkörperzufuhr. Wien. klin. Wochenschr. 1916. Nr. 27.

Müller hat früher gezeigt, daß Injektionen mit artfremdem Eiweiß, wenn sie Fieber hervorriefen, gon. Komplikationen rasch bessern können. Die Bestimmung des Blutdruckes führte den Autor zur Frage, ob nicht alle Entzündungen der parenteralen Eiweißtherapie zugänglich seien. Milchinjektionen bei entzündlichen Bubonen führten wenige Stunden nachher Schmerzlosigkeit herbei; auch andere entzündliche Prozesse, Phimosen, Anginen, pyogene Prozesse zeigten Rückgang der Entzündungssymptome nach parente-

raler Eiweißzufuhr. Hierbei zeigte sich ein Sinken des Blutdruckes innerhalb der ersten Stunden nach der Injektion. Bei Bubonen, Epididymitiden zeigte sich erst eine meßbare Zunahme des Entzündungsherdes, am nächsten Tage ein Kleinerwerden. Diese Erscheinungen dürften nach Müller durch eine nach Proteininjektion entstehende vermehrte Hyperämie und Transsudation hervorgerufen sein und hierin sieht der Autor die Ursache für die rasche günstige Beeinflussung der akuten Entzündung analog den Heilungsvorgängen bei der Behandlung mit spezifischer Vaccine. Es ist dies eine lokale Anaphylaxiewirkung. Von Wichtigkeit wird diese Behandlung mit Proteininjektionen überall dort sein, wo die Erreger einer Entzündung nicht gekannt und eine spezifische Vaccinebehandlung unmöglich ist, besonders bei beginnenden Entzündungen verschiedenster Art.

Viktor Bandler (Prag).

Müller, Rudolf. Über „Milchtherapie". Dtsch. med. Wochenschr. 1918. Nr. 20.

Auf Grund eingehender klinischer Beobachtungen kommt Müller zu dem Schlusse, daß der Erfolg der Milchinfektion bei Gonorrhöe auf einer plötzlichen Vermehrung der entzündlichen Faktoren beruhe. Bei Beobachtung aller nötigen Vorsichtsmaßregeln konnte Verf. gute Resultate mit der parenteralen Proteinkörpertherapie bei den verschiedensten lokalen Entzündungen erzielen. Von den verschiedenen Eiweißpräparaten hatte die Milch die beste Wirkung. Viele Fälle von Urethritits und Epididymitis heilten durch die Milchbehandlung mindestens ebenso schnell und vollkommen wie durch irgendeine der anderen üblichen Therapien. Max Joseph (Berlin).

Oppenheim, M. Anaphylaktischer Anfall nach Milchinjektion. Wien. klin. Wochenschr. 1917. Nr. 48.

In einem Intervall von 7 Tagen wurden zwei Milchinjektionen verabfolgt. Unmittelbar nach der zweiten Injektion Kopfschmerzen, Cyanose, Ödem des Gesicht, Ohnmachtsgefühl, Kollaps, Temperatur 35,5°, dann ein Aufstieg auf 40,4° unter heftigem Schüttelfrost. Dabei kleiner frequenter Puls und hochgradige Atemnot; Hautexantheme traten nicht auf. Das Krankheitsbild faßt Oppenheim als anaphylaktischen Anfall auf, den ersten, den er beobachten konnte.

Viktor Bandler (Prag).

Lubliner, Ruth. Schwerer anaphylaktischer Schock nach Milchinjektion. Dtsch. med. Wochenschr. 1918. Nr. 20.

Die bis dahin stets gesunde Patientin Lubliners hatte bei hartnäckiger Gonorrhöe intramuskuläre Milchinjektionen mit Arthigon kombiniert erhalten. Die erste Serie der Injektionen wurde gut vertragen. Nach der ersten Wiederholung der Injektion 10 Tage nach der ersten trat sofort heftiges Unwohlsein, Hustenreiz, Atemnot, Cyanose auf. Trotz schneller Coffeininjektion ließen Puls und Atmung ständig nach. Durch künstliche Atmung, subcutane Injektion von Adrenalin und dauernde Sauerstoffzufuhr gelang es endlich, der be-



drohlichen Symptome Herr zu werden. Sowohl diese klinischen Symptome wie das Fehlen jeden Lungenbefundes, der niedrige Blutdruck und starke Eosinophilie sprechen dafür, daß ein anaphylaktischer Schock vorlag. Seit diesem Fall wiederholt Verf. die Injektionsserie bereits am 5. Tage oder schiebt eine 1-ccm-Injektion ein, um die negative Phase zu verlängern. Max Joseph (Berlin).

Müller, R. Die Nachbarwirkung des Eigenserums und deren therapeutische Verwertung. Wien. klin. Wochenschr. 1917. Nr. 26.

Die vorläufigen Resultate seiner Untersuchungen faßt Müller in folgende Sätze zusammen:

1. Die Kollateralserumtherapie wirkt syptomatisch günstig auf die akuten Entzündungserscheinungen, besonders auf den Schmerz. Der Ablauf der Entzündung wird oft in überraschender Weise beschleunigt. Manche nicht sehr heftige akute Entzündungen nicht eitriger Natur, z. B. Ischias, kommen schon nach einer Injektion zu auffallender Besserung. Auch die Heilungstendenz chronischer Entzündungen und Ulcerationen wird durch die Nachbarwirkung des Serums in deutlicher Weise gesteigert. Viktor Bandler (Prag).

Mulzer, P. Die Feststellung der endgültigen Heilung der Gonorrhoe. Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. 1919. Nr. 13.

Besprechung der verschiedenen Provokationsverfahren. Verf. steht auf dem Standpunkt, daß die Gonokokken-Vaccine-Provokation allein nicht ausreicht. Sie ist stets mit einer gründlichen Untersuchung der Harnröhre und Adnexe sowie mit verschiedenen anderen der bekannten mechanischen und chemischen Reizmethoden zu kombinieren. In dieser Weise angewendet ist sie nicht zu entbehren, da sie mitunter bessere Resultate ergibt, als die anderen Reizmethoden und zuweilen diese wirkungsvoller zu gestalten scheint. Schildert den Gang der Abschlußuntersuchungen, wie er im „Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten" von Wolff und Mulzer angegeben ist. Kurt Wiener (Breslau).

Sutter, Ernst. Über gonorrhoische Allgemeininfektion. (Diffuse gonorrh. Peritonitis, Arthritis gon., Otit. med. gon., Stomatit. gon. und gon. Exanthem.) Zeitschr. f. klin. Med. 1919. Bd. LXXXVII p. 81.

Ein Fall von sepsisähnlicher Erkrankung mit den in der Überschrift genannten Komplikationen. Die Stomatitis war ulceromembranös, das Exanthem sehr flüchtig, in vielen Schüben, erst masernähnlich, dann makulopapulös, dann scharlachartig, schließlich hyperkeratotisch. Bei dem $2^1/_2$ Jahre alten Mädchen besteht eine Vulvovaginitis gon. Im Blut Gonokokken in Reinkultur, ferner lassen sich mikroskopisch und kulturell Gonokokken in dem Sekret der aus dem peritonitischen Absceß entstandenen Bauchfistel, im Ohreiter und in den eitrigen Auflagerungen der Stomatitis nachweisen. Kurt Wiener (Breslau).



Boas, Harald. Ein Fall von gonorrhoischer Phlebitis. Ugeskrift for Læger 1919. Nr. 34. p. 1358—1360.

In deutscher Sprache in der Dermatologischen Wochenschr. publiziert. Harald Boas (Kopenhagen).

Putzig, Hermann. Über Gonokokken-Otitis bei Säuglingen. Dtsch. med. Wochenschr. 1919. Nr. 42.

Das 14 Tage alte Kind kam mit einer typischen Blennorhoe in Putzigs Behandlung. Die Augenerkrankung wurde geheilt, bald darauf aber stellte sich Ohrenlaufen, Rötung, Trübung und Perforation des Trommelfells ein und die Sekretion wurde eitrig. Die bakteriologische Untersuchung des Eiters ergab Gonokokken. Einträufelungen von 1 proz. Protargol, später Behandlung mit Borsäurepulver erzielten bald Heilung. Obgleich die gonorrhoische Ohrenentzündung selten beobachtet wird, rät Verf. doch, dieser eventuellen Krankheitsursache in besonders hartnäckigen Fällen, die den üblichen Behandlungsarten der gewöhnlichen Otitis Widerstand leisten, nachzuforschen. Max Joseph (Berlin).

Massini, Rudolf. Über Gonokokkensepsis. Gonorrhoisches Exanthem, gonorrhoische Phlebitis. Zeitschr. f. klin. Med. 1916. Bd. LXXXIII. p. 1.

Ein junger Mann erkrankt im Militärdienst an einer schweren Sepsis mit schubweisem makulo-papulo-pustulösem, z. T. hämorrhagischem Exanthem und Enanthem, das sehr reichlich in verschiedensten Entwicklungsstufen den ganzen Körper mit Ausnahme derKopfhaut und besonders schwer die Streckseiten der Extremitäten befällt. Im Blut dreimal Gonokokken in Reinkultur. Es besteht Epididymitis und Spermatocystitis; Urethra frei von Gonokokken. Autopsie ergibt als Ursache der Sepsis eine Thrombophlebitis des V. femoralis dextr., ausgehend vom Plexus prostaticus. Intra vitam hiervon keine Erscheinungen. Im Thrombus Gonokokken.

Kurt Wiener (Breslau).

Klose, Heinrich. Die gonorrhoische Gelenkentzündung; Typen, Verlauf und chirurgische Behandlung. Berl. klin. Wochenschr. 1919. Nr. 42. p. 985.

Seit dem Krieg nahm nicht nur die Zahl der Gonorrhöe, sondern auch der Anteil der Gelenkkomplikationen erheblich (von 2% auf das fünffache) zu. Sie treten meist in der 3.—4. Woche einer frischen Ansteckung, selten beim chron. Tr. auf. In 50—60% der Fälle konnten aus dem Gelenkexsudat Go. gezüchtet werden, auch im kreisenden Blut wurden sie festgestellt. Daraus ergibt sich der metastatische Charakter, wenn auch einige Fälle durch Toxine bedingt sein mögen. Am meisten betroffen sind die großen Gelenke, unter ihnen mit mehr als 50% das Kniegelenk. Männer und Frauen erkranken gleich häufig. Im Verlauf sind zwei Arten zu unterscheiden: 1. der gonorrhoische Gelenkerguß bei Ansiedlung der Gonokokken im Synovialüberzug.



Er führt zu einem serösen oder trüb-serösen Erguß (eitrige sah Verf. nur bei Mischinfektion), der bei längerem Bestehen den Kapselbandapparat bis zum Schlottern erweitert; die Synovialmembran kann dabei in gefäßreiches Granulationsgewebe übergehen. Dabei treten heftige Schmerzen und hohes Fieber auf, während der Genitalausfluß meist gleichzeitig abnimmt. Diagnostisch und prognostisch wichtig ist, daß meist — entgegen der vielfach geäußerten Ansicht — mehrere Gelenke befallen sind. 2. Die gonorrhoische Kapselphlegmone, wobei die Infiltration der subsynovial gelegenen fibrösen Kapselteile im Vordergrunde steht und das paraartikuläre Gewebe beteiligt ist. Fast nie tritt Abscedierung ein, dagegen gallert-sulzige Beschaffenheit mit trüb-serösem Ödem. Schnelles Fortschreiten in Muskelzwischenräumen, Sehnenscheiden und Schleimbeutel mit großer Schmerzhaftigkeit. Histologische Untersuchung ergibt perivaskuläre Plasmazelleninfiltration mit Gonokokken. Die gonorrhoische Kapselphlegmone lokalisiert sich auf ein Gelenk und ist viel seltener als der gonorrhoische Erguß; aber während letzterer bei energischer Behandlung ohne funktionelle Störung ausheilt, führt erstere häufig zur fibrösen und ossalen Ankylose mit Stellungsanomalie und völligem Gelenkspaltschwund. Erforderlich ist Entlastung, Ruhigstellung und gegebenenfalls Extension. Vorzüglich wirkt die Biersche Stauung, bei der aber zur genauen Kontrolle und Dosierung klinische Behandlung notwendig ist. Arthigon oder Gonargin ist empfehlenswert. Die glänzenden Erfolge, die einige von der Weißschen Hitzebehandlung berichten, werden von anderen angezweifelt. Örtlich werden Moor- und Fangopackungen, Heißluftbehandlung und nach Franz König sehr ausgiebige Jodtinkturpinselungen angewandt. Bei Exsudation Punktion und Ausspülung mit $^1/_2$ proz. Carbolsäure, oder Einspritzung von Jodtinktur oder Lugolscher Lösung. Die Arthrotomie wird ausgeführt beim gonorrhoischen Gelenkerguß, falls sich nach Punktion erneut Exsudat bildet oder Subluxationsstellung eintritt, bei der phlegmonösen Form, bei sehr schwerer Phlegmone, sehr heftigen Schmerzen, wobei das betreffende Gelenk sorgfältig ausgewählt wird, oder wenn die konservative Behandlung nach 3 Wochen keine Erfolge erzielt hat. Die Arthrotomie beseitigt die Schmerzen wie mit einem Schlage; nach 2—3 Wochen kann die mechanische Nachbehandlung einsetzen. Hierbei sind bei den großen Gelenken, die ohne Operation völlig versteifen, Bewegungen von 40—60° als erfreuliche Ergebnisse zu bezeichnen. Seit Kriegsende wurden 35 Fälle operiert, darunter 26 Kniegelenke. Krakauer (Breslau).

Landeker, Alfons. Zur Behandlung der gonorrhoischen Gelenkentzündung. Med. Klin. 1917. Nr. 10. p. 281.

Für die Behandlung der gonorrhoischen Arthritis empfiehlt Landeker neben den vielfach gebräuchlichen Mitteln (Arthigon, Lokalbehandlung mit Ichthyolsalben, Jodtinktur, Heißluft und Wärme, Bierscher Stauung, Diathermie, Fango- und Radiumkompressen): für



die akuten Fälle das Fulmargon (2—3 mal wöchentlich 5 ccm zu injizieren), für die verschleppten Fälle das Fibriolysin.

Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Reines, S. Intravenöse Methylenblauinjektion bei der akuten Urethritis gon. poster. und Cystitis. Wien. klin. Wochenschr. 1918. Nr. 9.

Die intravenöse Methylenblauinjektion ist kein Antigonorrhoicum im engeren Sinne, aber ein Hilfsmittel bei komplizierten Fällen. Diese Komplikationen können in kurzer Zeit derart beeinflußt werden, daß die übliche lokale Behandlung rascher möglich gemacht wird.

Viktor Bandler (Prag).

Eisenstädter, Alfred. Einige Worte zur Therapie der akuten Gonorrhoe des Mannes. Wien. med. Wochenschr. 1918. Nr. 29.

Der Autor empfiehlt methodisch applizierte antiseptische Dunstverbände (1‰ Sublimat, Hypermangan) um den Penis, kombiniert mit lokalen Einspritzungen. Viktor Bandler (Prag).

Baar, V. Neosalvarsan bei gonorrhoischer Cystitis. Wien. med. Wochenschr. 1918. Nr. 40.

Nach des Autors Meinung ist Bedingung für den Heilwert des Neosalvarsans bei gonorrhoischer Cystitis das Freisein von einer frischen Prostatakomplikation und die vagotonische Kondition. Es sind gewöhnlich kleine Leute, bei denen das weite Glanzauge auffällt, daneben die schwitzenden, kühl sich anfühlenden Hände und die buschigen Augenbrauen.

Bei 10 Fällen, die längere Zeit, bis 20 Wochen, mit anderen Mitteln vergeblich behandelt worden waren, erzielte Baar durch eine Neosalvarsaninjektion 0,3 rasche Heilung.

Viktor Bandler (Prag).

Heise. Über Zibosal (borylsalicylsaures Zink). Med. Klin. 1919. Nr. 37. p. 902.

Heise verwendet das Zibosal bei der Gonorrhöe in 0,5—1 proz. Lösungen. Bei Fluor albus Spülungen mit lauwarmer Lösung 4 bis 10 : 1000, nachher Auspudern mit 5 proz. sterilem Zibosalbolus, bei starkem Foetor Ausspülungen mit Aufschwemmungen von 1—5 Eßlöffel dieses Boluspräparates. Bei Wunden, Panaritien, Ekzemen: Behandeln mit $^1/_4$—1 proz. Lösungen oder Anwendung von Zibosalbolus oder 1—5 proz. Salben und Pasten.

Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Baer und *Klein.* Trypaflavin, ein metallfreies Antigonorrhoikum. Münch. med. Wochenschr. 1918. Nr. 35. p. 970.

Das von L. Bender dargestellte Diaminomethyl-akridiniumchlorid wurde zur Behandlung der Trypanosomiasis vorgeschlagen. Günstige Resultate bei der Wundbehandlung führten dazu, das Trypaflavin als Antigonorrhoicum zu verwenden, das zu guten Re-



sultaten führte. Wegen seiner starken gonokokkentötenden Kraft kann es als Prophylaktikum verwendet werden.

Alfred Perutz (Wien).

Krapf, F. Über Hopfentherapie. Schweizer. med. Wochenschr. 1920. Nr. 23. p. 453.

Ein von der Firma „Zyma" A.G. in Nyon hergestelltes Hopfenpräparat, bestehend aus Lupulin und Dialysat Valeriana Golaz in Tablettenform empfiehlt Krapf. Er will damit gute Resultate bei Pollutionen und Erektionen, bei gesteigerter Libido, bei der Chorda der Gonorrhoe, Priapismen und zur Verhütung der Erektionen nach Phimoseoperationen erzielt haben. Verordnung 3mal tägl. 1 Tbl.

Winkler (Luzern).

Praetorius, G. „Sanabo" - Übertreibungen. (Bemerkungen zu der Arbeit des Herrn San.-Rat Wolff in Nr. 11 der Zeitschr. f. Urologie, 1918.) Zeitschr. f. Urologie 1919. Heft 2. p. 60.

Verf. hält den von Wolff mit großem Enthusiasmus gepriesenen „Sanabo"-Katheter nur für eine unwesentliche Modifikation eines schon lange bekannten Behandlungsprinzips und sieht die an wenige und unvollständige Krankengeschichten geknüpften Schlußfolgerungen bezüglich Heilung schwerster Strikturen als übertrieben und unzulässig an.

In einer Erwiderung (Zeitschr. f. Urologie 1919. Heft 2. p. 65) weist Wolff die von Praetorius gegen ihn erhobenen persönlichen und sachlichen Angriffe zurück und hält seine Ansicht in vollem Umfange aufrecht. Franz Bacher (Breslau).

Asch, Robert. Die Tripperansteckung kleiner Mädchen. Zeitschr. f. Geburtshilfe 1919. Bd. LXXXII. Heft 1.

Nichts Neues. Hammel (Breslau).

Franz, R. Über die Leuchtsondenbehandlung der weiblichen Gonorrhoe. Zentralbl. f. Gynäkol. 1919. Nr. 42.

Von 13 mit Leuchtsonden behandelten Fällen wurden 5 geheilt. Bei 3 Fällen Aufsteigen des Prozesses in die Eileiter. Endgültiges über Heileffekt bei der geringen Zahl der Versuche nicht zu sagen; doch kann die Leuchtsondenbehandlung durch die darauf folgende vermehrte Sekretion eventuell als Provokation eine Rolle spielen.

Leo Hammel (Breslau).

Monrad. Rectalgonorrhöe bei einem 3jährigen Knaben. Hospitalstidende 1919. Nr. 53. p. 1434—1435.

Kasuistische Mitteilung. Der Titel gibt den Inhalt an. Die Krankheit war von Analabsceß und gonorrhoischen Arthroiden begleitet. Harald Boas (Kopenhagen).

Boas, Harald. Untersuchungen über Rectalgonorrhöe bei Frauen. Hospitalstidende 1919. Nr. 51. p. 1377—1382.

In deutscher Sprache in der Dermatologischen Wochenschrift publiziert. Harald Boas (Kopenhagen).



Nußbaum, Oscar. Rasche Ausheilung eines Falles von Augentripper nach Einspritzung von 10 ccm sterilisierter Milch. Med. Klin. 1918. Nr. 23. p. 571.

Da bei Nußbaums Patienten, der an einem akuten Augentripper (positiver Gonokokkenbefund) litt, die eitrige Sekretion und die Schwellung der Bindehaut unter Behandlung mit Kali permang.-Spülungen und Arg. nitric. zunahm, die Hornhaut sich stark trübte und die obersten Schichten derselben fortschmolzen, wurde eine Einspritzung von 10 ccm sterilisierter Milch ins Gesäß vorgenommen. Außerordentlich schnelle Abheilung nach dieser Injektion.

Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Seyberth, L. Erfahrung über die Haltbarkeit des Albargins. Med. Klin. 1918. Nr. 21. p. 521.

Seyberth weist darauf hin, daß die Albargintabletten sich auch bei tropischen Einflüssen in den Röhrchen sehr lange unzersetzt halten. Jedenfalls hält sich das Albargin so besser, als in der Tropenpackung. Die mit den Tabletten hergestellten Lösungen im dunklen Glase bleiben auch bei der größten Hitze über acht Tage klar und wirksam. Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Meyer, Fritz M. Die Behandlung der männlichen Gonorrhöe mit Choleval. Med. Klin. 1917. Nr. 3. p. 72.

Meyer berichtet über seine allerdings an einem relativ kleinen Material erhaltenen nicht grade glänzenden Heilresultate mit dem von anderer Seite warm für die Gonorrhöebehandlung empfohlenen Choleval. Es wird im allgemeinen bei jeder Art der Darreichung gut vertragen, hat bakterizide, cytolytische und adstringierende Eigenschaften, ist aber den bisherigen Silberpräparaten nicht überlegen.

Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Gustafsson. Unsere Erfahrungen mit Choleval. Münch. med. Wochenschr. 1918. Nr. 44. p. 1219.

Die Resultate der Cholevalbehandlung der weiblichen Gonorrhöe sind im Vergleich mit den anderen Silberpräparaten wesentlich besser. Alfred Perutz (Wien).

Gutmann, Iro. Zur Behandlung der akuten, nicht komplizierten männlichen Blennorhöe mit Choleval. Med. Klin. 1919. Nr. 31. p. 742.

Gutmann bemerkt als Zusammenfassung seiner Ergebnisse, daß dem Choleval baktericide, antiphlogistische adstringierende Fähigkeiten zukommen und daß die Verbindung des kolloidalen Silbers mit dem Natrium choleinicum sich von den anderen organischen Silberpräparaten durch ihre cytolitischen, epithelisierenden urinklärenden und bis zur Konzentration von 1% fast gar nicht reizenden Eigenschaften vorteilhaft abhebe. Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Bachem, C. Allotropin, ein neuer Urotropinersatz. Med. Klin. 1918. Nr. 2. p. 40.

Das von Bachem empfohlene Allotropin, Hexamethylentetra-

minphosphat, übertrifft das Urotropin (Hexamethylentetramin) deshalb, weil dieses nur in sauren Medien Formaldehyd abspalten kann, Allotropin aber durch seinen hohen Phosphorsäuregehalt den alkalischen Inhalt der Harnwege neutralisiert und säuert und dadurch erst der Formaldehydwirkung zugänglich macht. Es erscheint aus diesem Grunde auch seine Verwendung bei anderen Krankheiten, bei denen man das Urotropin vorgeschlagen hat — Meningitis cerebrospinalis, eitrige Mittelohrentzündung usw. — aussichtsvoll. Der Übergang in den Harn erfolgt schnell und hält genügend lange an. In Anbetracht seiner Ungiftigkeit verabreicht man mehrmals täglich 1—2 g in Lösung. Die Tabletten sind des starken Säuregrades wegen stets in Wasser zu lösen. Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Schneller. Meine Erfahrungen mit Hexal. Med. Klin. 1920. Nr. 3. p. 70.

Schneller empfiehlt das Hexal zur Behandlung akuter und chronischer Cystitis und Pyelitis. Er gibt 3—4 mal täglich 1 g, um bei Nachlassen der gröbsten Erscheinungen auf dreimal 0,5 herabzusetzen.
Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Holzapfel, Kurt. Die Behandlung des weiblichen Ausflusses und Spuman. Med. Klin. 1920. Nr. 11. p. 290.

Holzapfel berichtet über seine Behandlungsversuche mit Spuman bei der weiblichen Gonorrhöe. Er hat die Urethra, Vagina und den Cervix mit Spumanstäbchen behandelt und kommt zu dem Urteil, daß die Behandlungsmethode den bisher bekannten nicht unterlegen ist. Jedenfalls ermuntern die Ergebnisse zu weiteren Nachprüfungen. Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Bennauer. Einige Beobachtungen bei Arthigonbehandlung der Cervixgonorrhöe. Med. Klin. 1919. Nr. 46. p. 1149.

Während die Ergebnisse Bennausers mit der Arthigonbehandlung der Cervixgonorrhöe bei frischen, unter 2 Monate alten Fällen recht günstige waren, wurden die älteren Fälle in viel geringerem Grade durch die Arthigonbehandlung beeinflußt. Auf die mitbestehende Urethritis hatten die Einspritzungen keinen Einfluß. Verf. verwendete das Arthigon zuerst subkutan, nachher aber nur noch intravenös in Dosen von 0,5—2,0 aufsteigend. Bei Fällen älterer Cervixgonorrhöe wurde durch Wiederholen der Kur bei einzelnen Fällen eine Heilung erzielt. Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Haab. Über die Vaccinebehandlung der Augengonorrhöe. Münch. med. Wochenschr. 1918. Nr. 24. p. 637.

Die Vaccinebehandlung beeinflußt die Augengonorrhöe, namentlich die der Neugeborenen, günstig. Alfred Perutz (Wien).

Boas, Harald und Oluf *Thomsen*. Prophylaktische Vakzineinjektion bei Gonorrhöe. Hospitalstidende 1919. Nr. 43. p. 1185 bis 1190.

In deutscher Sprache in der Dermatologischen Zeitschrift publiziert. Harald Boas (Kopenhagen).



Karo. Weitere Erfahrungen mit den Eukupin-Terpentin-Injektionen bei urologischen Krankheiten. Dtsch. med. Wochenschr. 1919. Nr. 10.

Mit den Eukupininjektionen besonders in Kombination mit Buccosperin erzielte Karo eine wesentliche Abkürzung im Verlaufe der Gonorrhöe und verhütete deren Komplikationen. Wo solche schon bestanden, wurde deren Rückbildung erreicht. Auch bei nicht gonorrhoischen Erkrankungen der Harnwege hatte die beschriebene Methode gute Erfolge zu verzeichnen. Max Joseph (Berlin).

Karo, Wilhelm. Eine weitere Verbesserung der Terpentinbehandlung. (Vorläufige Mitteilung.) Med. Klin. 1919. Nr. 30. p. 715.

Karo hat festgestellt, daß nur absolut reines und entharztes Terpentinöl keine Schmerzen, keine Infiltrate und kein Fieber verursacht. Solches Terpentinöl stellt das chemische Institut Dr. Ludwig Oestreicher, Berlin W 35, Lützowstr. 89/90 dar. Er verwendet eine Terpentin-Chininlösung desselben Instituts, die als „Terpichin" bezeichnet werden. Diese Terpentininjektionen wirken günstig auf die starken Eiterungen bei Gonorrhöe, besonders gut auf die Cervixgonorrhöe. Auf die Arthritis gonorrhoica und auch auf andere Erkrankungen. Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Stutzin, J. J. Über einen Fall von hämorrhagischem Hodeninfarkt. Med. Klin. 1919. Nr. 51. p. 1289.

Bei Stutzins Patienten kam es im Laufe einer Urethritis gonorrhoica zu einer intratestikulären Blutung. Eine traumatische Ursache kam nicht in Betracht. Man konnte an zwei Möglichkeiten denken, an eine von der Epididymitis ausgehende Blutung und Verdrängung der Hodensubstanz, oder an einen Infarkt innerhalb derselben. Die erste Annahme traf für den Fall nicht zu, da erst nach Eröffnung der Albuginea und Incision durch die Hodensubstanz der mit blutigem Gerinsel gefüllte Herd entdeckt wurde. Es dürfte sich also um einen hämorrhagischen Infarkt gehandelt haben. Zersetzungserscheinungen an der herausgebrachten Masse sprechen für den Zutritt einer Infektion. Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Reifferscheid. Gonorrhöe im Wochenbett. Med. Klin. 1919. Nr. 28. p. 653.

In Form eines klinischen Vortrages schildert Reifferscheid das Verhalten einer bestehenden Gonorrhöe während des Wochenbettes, Die Gefahren, die der Geburtsvorgang und das Wochenbett bei einer gonorrhoisch erkrankten Frau bieten, werden eindringlich geschildert. Die für jeden Praktiker so wichtigen Erwägungen des Verf. sind natürlich im Rahmen eines kurzen Referates schwer wiederzugeben. Entsprechend der Möglichkeit der Gonorrhöe in diesem Stadium zu ascendieren, empfiehlt der Verf. in diesen Zeiten eine möglichst nicht eingreifende Therapie. Der Schwerpunkt der Behandlung liegt in allgemeinen diätetischen Maßnahmen, möglichster



Ruhe und einer inneren Behandlung, soweit die Urethra eine solche erfordert. Der Verf. sah manchmal gute Erfolge nach intravenösen Elektrokollargolinjektionen. Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Fuhrmann. Ratschläge aus der Geburtshilfe. Die Gonorrhöe. Med. Klin. 1919. Nr. 51, 52. p. 1290, 1315.

Eingehende Darstellung von praktischen Gesichtspunkten, lesenswert, doch zum kurzen Referat nicht geeignet.

Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Glingar, A. Gonorrhoea urethrae haemorrhagica. Med. Klin. 1919. Nr. 13. p. 285.

Glingar beschreibt eine eigenartige Form der hämorrhagischen Gonorrhöe, welche von den bisher bekannten Formen der Blutungen bei Gonorrhöe ganz wesentlich abweicht. Ohne hämorrhagischen Ausfluß sind beide Urinportionen trüb blutig, eventuell die zweite stärker bluthaltig. Oft ist die Blutung so reichlich, wie bei stark blutenden Tumoren. Der Urin wird bei längerem Verweilen in der Blase dunkel, wie man es früher als charakteristisch für Nierenblutungen ansah. Die cystoskopischen Untersuchungen ergaben, daß die Blutung aus der hinteren Harnröhre und dem Sphincterrand stammte, der starkes Ödem oft mit bullösem Charakter aufwies. Die Urethroskopia posterior, bei zwei Fällen vorgenommen, ergab die Erscheinungen hyperakuter Entzündung mit Hämorrhagien, Ödem des Sphincterrandes, kein Papillom, keine Polypen. Bei der Urethritis posterior haemorrhagica handelt es sich im Gegensatze zur terminalen Hämaturie um Blutungen von mehrwöchentlicher, eventuell zwei Monate und darüber, Dauer. Ein anderer daneben bestehender Krankheitsprozeß, Tuberkulose oder Stein war nicht vorhanden.

Therapeutisch ist der Verweilkatheter indiziert; nach Herabsetzung der Blutung geht man zu Lapiseinspritzungen über.

Ätiologisch spielt vielleicht die Kriegsernährung eine gewisse Rolle — analog der hämorrhagischen Form der Grippe — indem sie zu einer stärkeren Permeabilität oder Fragilität der Gefäße führt.

Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Karo, Wilhelm. Diagnose und Therapie der Gonorrhöe. Med. Klin. 1919. Nr. 14. p. 310.

Aus Karos ausführlicher Arbeit, die natürlich — es ist ein Fortbildungsvortrag — für die Leser dieser Zeitschrift viel Wohlbekanntes enthält, sei folgendes berichtet: Unter den nicht gonorrhoischen Urethritiden sind bei weitem am häufigsten die durch das Bacterium coli bedingten. Findet man die Colistäbchen im Urethralsekret und ist der Urin in beiden Portionen stark eitrig, so ist der Fall fast stets renalen Ursprungs. Karo sah in den letzten Jahren einwandfreie Fälle von syphilitischer Urethritis, bei denen der Nachweis der Spirochäten durch die Giemsafärbung gelang. Unter den inneren Mitteln bei Gonorrhöe bevorzugt Karo die Buccosperminkapseln. Aussichtsreicher als Terpentininjektion ist ihre Kombination mit



Chininpräparaten, speziell mit Eucupin. Zur Abortivkur der Gonorrhöe verwendet Karo 3proz. Albargin. Bei Behandlung der Harnröhreninfiltrate bewährten sich ihm 2—5proz. Resorcin, eingetropft mit der Guyonschen Spritze. Diese Instillationen sind auch ein gutes Mittel, bereits ausgebildete Harnröhrenstrikturen günstig zu beeinflussen. Die Provokation erfolgt nach Karo durch Alkohol, durch Einführung von Metallsonden und vor allen Dingen durch Einspritzung von 5proz. Lösung von Wasserstoffsuperoxyd. Durch Wasserstoffsuperoxyd werden die Ausführungsgänge der Littreschen Drüsen freigemacht und die in der Tiefe schlummernden Gonokokken herausgeschwemmt. Auch gründliche Massage der Prostata und der Samenblasen ist vorzunehmen. Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Schäffer, J. Die Behandlung hartnäckiger Fälle von Gonorrhöe des Mannes. Med. Klin. 1920. Nr. 6. p. 141.

Schäffer gibt in der vorliegenden Arbeit Verhaltungsmaßregeln für den Arzt bei den hartnäckigen rezidivierenden Fällen von Gonorrhöe. Vor allem ist durch sorgfältige Lokaldiagnostik der Sitz des das Rezidiv veranlassenden Herdes festzustellen, auch ist für solche Fälle ganz besondere Sorgfalt auf die Behandlungstechnik zu legen. Wert legt der Verf., der eine Skala der Medikamente mitteilt, auf die allmähliche Steigerung der Behandlungsintensität. Die stärkeren Medikamente (Liquor Argentamini, Mischung von Argentamin und Argonin, Oxyzyanatquecksilber zu Spülungen) sind bei hartnäckigen Fällen besonders angezeigt. Es empfiehlt sich bei alten Fällen der Einspritzungsflüssigkeit Spiritus (5—25 80proz. Spiritus zu 200 Flüssigkeit) zuzusetzen und die Injektionsflüssigkeit auf 25—30 Grad zu erhöhen. Auch die äußere Hitzeapplikation in Form des Artzbergerschen Apparates ist angezeigt. Bei der hartnäckigen Urethritis gon. posterior sind Guyonsche Instillationen und Posteriordruckspülungen anzuwenden. Periurethrale Gänge sind zu exzidieren oder elektrolytisch zu zerstören. Schneller vorwärts kommt man durch Serien von 5—6 Arthigonspritzen, die Schäffer intravenös von 0,5—2,0 eventuell bis 2,5 ansteigend gibt. Daß auch die Prostata zu berücksichtigen ist, darauf sei kurz hingewiesen.

Zu bedenken ist auch, ob nicht eine Reinfektion von einer Partnerin vorliegt.

Bei chronischen Fällen soll man besonders vorsichtig mit dem Abschluß der Behandlung sein. Darum ist hier auf eine Provokation nicht zu verzichten. Besonders die mechanische Provokation mit Knopfsonden und dem Kollmannschen Dilatator ist zu empfehlen. Danach 3—4 Wochen weiter mikroskopische Kontrolle.

Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Weber, Max. Die Protargolgelatinebehandlung der Gonorrhöe. Med. Klin. 1919. Nr. 3. p. 71.

Die Behandlung der Gonorrhöe mit Protargolgelatine (Protargoli 10,0, Gelati. alb. 45,0 Aqua dest. ad 200,0) in Konzentration von



5–10% verwendet, hat in Kombination mit Janetspülungen kaum den Vorzug großer Einfachheit, aber sie gestattet, im Militärlazarett verwendet, die Kontrolle der durchgeführten Behandlung. Die durchschnittliche Behandlungsdauer betrug 35 Tage. Vor der Entlassung erfolgte eine achttägige Kontrolldauer, in der durch Arthigon, Metallbougie, Prostatamassage und Bierprobe eine Provokation versucht wurde. Neben der Protargolgelatine kam auch eine 5 proz. argentum nitricum-Gelatine zur Verwendung.

Fritz. Juliusberg (Braunschweig).

Eyth, H. Die klinische Behandlung der Vulvovaginitis gonorrhoica infantum. Therap. Halbmonatshefte 1920. p. 176.

Besprechung der jetzt üblichen Behandlungsmethoden: Fiebertherapie nach Weiß (9 Fälle) versagt in schweren Fällen, kann in leichteren durch weniger differente Therapie ersetzt werden. Trockenbehandlung (mittels Siccator und Katheter 2–3 mal tägl. 3 proz. Cholevalbolus in Vagina und Urethra), Terpentininjektionen, Collargolinjektionen (intravenös) sind in den vom Verf. damit behandelten Fällen ohne jeden Erfolg. Günstiger wirken Arthigon, intravenös, und Protargol (10 proz. Injektionslösung, 2 proz. Spumanstäbchen). Die besten Ergebnisse wurden durch die kombinierte Argochrombehandlung erzielt: Intravenös wird jeden fünften Tag von einer 1 proz. Lösung erst 5 ccm = 0,05 g Argochrom, dann je 10 ccm = 0,1 g Agrochrom injiziert, lokal wird zweimal täglich ein Tampon mit 2 proz. A.-Lösung in die Vagina eingeführt. Ausfluß nimmt in allen Fällen rasch an Intensität ab, nach durchschnittlich 8–10 Wochen negative Abstriche.

Martenstein (Breslau).

Schulz, Hertha. Zur Fieberbehandlung der kindlichen Vulvovaginitis gonorrhoica. Arch. f. Kinderheilk. 1919. Bd. LXVII. p. 429.

Verfasserin sah mit der Weißschen Bäderbehandlung bei an Vulvovaginitis gonorrhoica erkrankten Kindern, weder bei alten noch bei 20 frischen Fällen einen positiven Erfolg, dagegen häufig unangenehme Nebenwirkungen, wie Erregungszustände, Delirien, Ohnmachten, Krämpfe, Kopf- und Leibschmerzen. Schulz warnt vor der Anwendung der Methode bei Kindern.

Martin Friedmann (Breslau).

Lade. Zur Behandlung der kindlichen Vulvovaginitis gonorrhoica mit heißen Bädern. Dtsch. med. Wochenschr. 1919. Nr. 26.

Lade behandelte 7 Fälle von Vulvovaginitis bei Mädchen von $2^1/_2$ bis 12 Jahren mit heißen Bädern, die von 35° durch langsamen Zuguß auf 45° gesteigert wurden. Die längste Dauer des Bades war 30 Minuten, der Kopf wurde mit Eiswasserkompresse bedeckt, die Temperatur im Munde gemessen. Gut vertragen wurden die Bäder nur von 2 Patientinnen von 7 und 12 Jahren, aber auch diese zeigten



vorübergehende Schwächezustände. Sonst waren Unwohlsein bis zum Erbrechen, Kollaps, erschreckende Blässe, heftige Unruhe gewöhnliche Erscheinungen dabei. Ruhige Kinder überwanden die Schädlichkeiten leichter als lebhafte. Zwei Fälle, die aber schon vorher in der Besserung zu sein schienen, kamen durch die Bäder zur Heilung, andere wurden gebessert, zwei nicht beeinflußt. Verf. ist der Meinung, daß die Gefahr, welche diese für Erwachsene ratsame Methode bei Kindern mit sich brächte, die gelegentlichen Heilerfolge überwiege.

Max Joseph (Berlin).

Hohlweg. Zur Behandlung der gonorrhoischen Infektion der oberen Harnwege. Münch. med. Wochenschr. 1918. Nr. 30. p. 816.

In einem Falle einer schweren gonorrhoischen Infektion der Blase und beider Nierenbecken gelang vollständige Heilung mit Hilfe künstlicher Überhitzung nach O. Weiß durch wenige Bäder.

Alfred Perutz (Wien).

Mönch. Über den Einfluß heißer Vollbäder nach Weiß auf die Körpertemperatur im allgemeinen und auf die Gonorrhöe im besonderen. Münch. med. Wochenschr. 1918. Nr. 47. p. 1313.

Mit heißen Vollbädern kann man künstlich vorübergehendes Fieber erzielen, dagegen dürfte es nur in den allerseltensten Fällen gelingen, eine Höhe der Körpertemperatur zu erzielen, welche die Gonokokken abzutöten imstande wäre, da die Temperatur nicht lange genug beibehalten wird. Außerdem ist die Kur zu anstrengend, daß sie nur für wenige Patienten in Betracht kommt.

Alfred Perutz (Wien).

Schotten. Zur Heißbäderbehandlung der kindlichen Gonorrhöe. Münch. med. Wochenschr. 1918. Nr. 48. p. 1347.

Die kombinierte Heißbäder- und Lichtbehandlung führt bei kurzer Behandlungsdauer zu absolut sicherer Heilung.

Alfred Perutz (Wien).

Koller, H. Zur Behandlung der Spermatocystitis gonorrhoica mit kolloidalem Silber. Schweizerische med. Wochenschr. 1920. Nr. 5. p. 87.

An Hand von 12 Fällen sucht Verf. die günstige Wirkung der Elektrargolinjektionen ins Vas deferens bei Spermatocystitis zu erweisen. Bei allen Fällen bestand zugleich eine akute oder abgelaufene Epididymitis. Verf. geht so vor, daß er neben der Lokalbehandlung zugleich intravenöse Elektrargolinjektionen macht zur Bekämpfung der Infiltrate, sei es der Prostata oder der Pericystitis. Die Injektionen ins Vas deferens werden womöglich zentrifugal gemacht, nachdem ein Anästhetikum injiziert worden ist. Die Nadel soll bei zentrifugaler Injektion durch den Cremasterzug weniger leicht abgleiten. Injiziert werden $1^1/_2$ ccm. Die Abstände können bis auf 2 Tage verkürzt werden. Nach der Injektion kommt es zu einer Ver-



dickung des Vas deferens, die aber bald wieder zurückgeht. Verf. will mit der Methode sehr gute Resultate erzielt haben, auch bei chronischen Fällen. Max Winkler (Luzern).

Koller, H. Beitrag zur Behandlung der weiblichen Gonorrhöe mit kolloidalem Silber. Schweiz. med. Wochenschr. 1920. Nr. 21 u. 22.

Verf. ist ein Anhänger einer sehr aktiven Therapie der weiblichen Gonorrhöe, die fast an Polypragmasie grenzt. Wenn auch zugegeben werden mag, daß die weibliche Gonorrhöe vielfach noch fast unbehandelt bleibt, so darf man auf der andern Seite jedenfalls auch nicht zu weit gehen, ohne unter Umständen Schaden zu stiften (Ref.) Koller hält die Salpingitis ohne Abkapselung für häufiger, als gemeinhin angenommen werde. Es brauche dabei nicht zu einer Abkapselung durch Tubenverschluß zu kommen. Die Diagnose sei schwierig zu stellen. Wenn eine Gonorrhöe trotz Spülung, Tamponbehandlung, Ätzung weiter sezerniere und intermittierend kolikartige Schmerzen in den Hypogastrien mit vermehrtem eitrigen Ausfluß auftreten, so lasse das eine offene Salpingitis vermuten. Die Diagnose könne dann durch Herdreaktionen mittels Vakzine erhärtet werden. Für die vaginale und uterine Gonorrhöebehandlung empfiehlt Verf. die Jontophorese, deren Technik allerdings beherrscht werden müsse. Für die Tubenerkrankung verwendet er Injektionen von Elektrargol. Der Uterus wird angehakt und das Mittel durch Rekordspritze, die mit gebogener Kanüle versehen ist, direkt in die Tube injiziert. Die Kanüle ist vorn noch mit einer kleinen Olive armiert. Nach Ausspülung des Endometriums mit physiologischer NaCl-Lösung wird der Katheter zuerst in die eine, dann in die andere Tubenecke eingedrückt und injiziert. Auch wenn etwas Flüssigkeit in die Parametrien und in die Bauchhöhle gelangen sollte, so schadet das nicht, da das Silber von den Geweben gut vertragen werde. Auch vor dem Eintritt von etwas Eiter in die Bauchhöhle fürchtet sich der Verf. nicht, da das Mittel ja auch hier seine Wirkung entfalte. An Hand von 19 Krankengeschichten versucht Verf. die Wirksamkeit seiner Methode zu erweisen. Die Behandlung wurde fast ausnahmslos im Spital durchgeführt. Bettruhe scheint ihm nach der Injektion für 2—3 Tage geboten.

Die Methode soll nur von gynäkologisch geschulten Ärzten durchgeführt werden. Max Winkler (Luzern).

Menzi. Vorläufige Mitteilung über Behandlung weiblicher Gonorrhöe mit intravenösen Kollargolinjektionen. Münch. med. Wochenschr. 1918. Nr. 3. p. 71.

Es wurden 82 Fälle von weiblicher Gonorrhöe (Urethral-, Uterus-, Adnex-, Rektal-, Gelenkgonorrhöe) mit 2—10 ccm einer 2proz. Kollargollösung, jeden zweiten Tag steigend, behandelt. Erfolg sehr günstig. Alfred Perutz (Wien).



Menzi, H. Behandlung weiblicher Gonorrhöe mit intravenösen Kollargolinjektionen. Med. Klin. 1918. Nr. 36. p. 886.

Menzi behandelte die weiblichen Gonorrhöen neben der lokalen Behandlung mit Kollargolinjektionen. Die lokale Behandlung bestand bei der Urethra in einer täglichen Ausspritzung mit Oxycyanat-Chloeval-, Albargin- oder einer anderen Silberlösung und nachheriger Einführung eines 6proz. Protargolstäbchens, beim Cervix in Auswischung mit 5proz. Argentumlösung nach vorheriger Säuberung mit Sodalösung oder Wasserstoffsuperoxyd; darauf Tampon mit Choleval oder Bolus. Die Rektumgonorrhöe wurde mit 20proz. Protargolsuppositorien behandelt, nachdem mit Sodalösung gereinigt wurde. Zur Injektion wurde eine 25proz. Lösung von Kollargol Heyden verwendet. Die Erfolge waren teilweise günstige. Besonders wichtig waren die Erfolge der Kollargolbehandlung bei den gonorrhoischen Erkrankungen der Kinder und Graviden.

Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Sommer. Über den Erfolg der Behandlung der weiblichen Urethralgonorrhöe mit intravenösen Kollargolinjektionen. Münch. med. Wochenschr. 1918. Nr. 40. p. 1111.

Die intravenöse Kollargolinjektion allein ist, entgegen den Resultaten von Menzi, bei der Behandlung der weiblichen Urethralgonorrhöe ohne Erfolg. Alfred Perutz (Wien).

Crohn. Intravenöse Kollargolbehandlung der Gonorrhöe. Münch. med. Wochenschr. 1918. Nr. 41. p. 1161.

Das Kollargol wird als wertvolles Unterstützungsmittel bei der Behandlung der Gonorrhöe empfohlen. Alred Perutz (Wien).

Koller, H. Die Behandlung der Cystitis mit kolloidalem Silber. Korrespondenzbl. f. Schweiz. Ärzte 1919. Nr. 40. p. 1511.

Verf. empfiehlt zur Behandlung der Cystitis, die nicht auf Tuberkulose oder Pyelitis beruht, das 1proz. kolloidale Silber, von dem er 1—2 ccm in die Urethra posterior instilliert. Auch die gon. Cystitis soll prompt reagieren.

Bei Pyelitis hat Verf. in einem Falle gute Erfolge mit intravenösen Elektrargoinjektionen erzielt. Max Winkler (Luzern).

Franzmeyer, F. Über die Behandlung weiblicher Gonorrhöe mit intravenösen Kollargolinjektionen. Zentralbl. f. Gynäk. 1919. Nr. 31.

Verf. fand bei intravenösen 2proz. Kollargolinjektionen (3 bis 8 ccm jeden 2. Tag) bei lokaler Weiterbehandlung eine wesentliche Abkürzung der Behandlungsdauer bei weiblicher Gonorrhöe, die nicht über die Cervix ascendiert ist. Einige Male traten im Anschluß an die Injektion die schon oft beschriebenen Erscheinungen (Fieber, Kollaps usw.) auf. Leo Hammel (Breslau).

Dreser. Zum Argentum colloidale des Arzneibuches. Zeitschr. f. experim. Pathol. u. Ther. Bd. XIX. p. 285.

Zur Vermeidung von Lungenembolien sind zur intravenösen



Injektion nur frisch filtrierte Lösungen anzuwenden. Subkutane Anwendung verspricht nur geringen Erfolg. Rudolf Spitzer (Breslau).

Böttner. Über Kollargolanaphylaxie und ihre Bedeutung für die menschliche Anaphylaxie. Dtsch. Arch. f. klin. Med. 1918. Bd. CXXV. Heft 1—3.

Kollargol-Heyden macht beim Meerschweinchen durch das als Schutzkolloid zugefügte Eiweiß aktive und passive Anaphylaxie. Beim Menschen wird dies nicht beobachtet. Basedowkranke sind vielleicht eher dazu disponiert. Durch bestimmte Vorsichtsmaßregeln (langsame Injektion des Antigens, subkutane Vorinjektion) lassen sich vielleicht anaphylaktische Erscheinungen überhaupt vermeiden.
Kurt Wiener (Breslau).

Skutezky, K. Über das Auftreten komplementbindender Stoffe im Serum spezifisch behandelter Gonorrhoiker. Wien. klin. Wochenschr. 1918. Nr. 31.

Das Serum mit Vakzin behandelter Gonorrhoiker gibt in der Mehrzahl der Fälle in aktivem Zustand untersucht, vorübergehenden positiven Ausfall der Wassermann-Reaktion. Derselbe verschwindet nach dem Inaktivieren, oder bleibt nur als leichte Hemmung bestehen. Der positive Ausfall der Reaktion stellt sich nur nach intravenöser Behandlung und bei schwerer, von Komplikationen begleiteter Gonorrhöe ein und dürfte mit der Antikörperbildung im Blute zusammenhängen. Viktor Bandler (Prag).

Preiswerk, R. Die Seroreaktion auf Lues nach Vernes. Schweiz. med. Wochenschr. 1920. Nr. 3. p. 51.

Verf. hat die Vernessche Methode für Luesnachweis versuchsweise mit der Wa.R. geprüft und die Resultate miteinander verglichen. Er kommt zu folgenden Schlüssen:

Die zur Vernesschen Reaktion verwendeten Ingredienzien sind keine konstanten Größen. Die Resultate weichen nicht unwesentlich von denen der Wa.R. ab. Die unsichere Wirksamkeit des Schweineserums schließt die Anwendung der Reaktion an Stelle der Wa.R. aus praktischen Gründen aus. Max Winkler (Luzern).

Brauns, H. Zur Frage der Behandlung der weiblichen Gonorrhoe, insbesondere mit „schaumbildenden" Stäbchen. Zentralbl. f. Gynäkol. 1920. Heft 1. p. 16.

Mit dem Ansteigen der Gonorrhöe des letzten Jahres ist die Mengesche Schule (die bekanntlich die Uterusinfektion als ein noli me tangere auffaßt, nur die Urethralgonorrhöe lokal behandelt und gegen die Uterusgonorrhöe nur Scheidenspülungen vornimmt) dazu übergegangen, vorübergehend eine aktivere Uterustherapie einzuschlagen. Es wurden die „schaumbildenden" Stäbchen und zwar Spumanstäbchen, Cholevalstäbchen oder Gonostyli, denen Acid. tartar und Natr. bicarb. (1 + 2) zugesetzt wurden, intracervikal versucht. Es zeigte sich, daß diese Behandlung keinen Fortschritt in der Gonorrhöebehandlung bedeutet — experimentell gelangten die



eingebrachten Mittel nicht in die Taschen und Buchten — und nicht geeignet ist, das bisherige Spülverfahren zu ersetzen. Die Erfolge sind nicht besser, im Gegenteil: durch den Gasdruck kann eine Ascension der Gonokokken propagiert werden.

Zur Kasuistik sei kurz ein Fall erwähnt, bei dem nach 20jährigem Bestehen einer Gonorrhöe massenhaft Gonokokken im Urethralsekret nachweisbar waren. Martin Friedmann (Breslau).

Loeser, A. Der latente Mikrobismus der Scheide und seine Wandlungen bei Genital- wie Allgemeinerkrankungen. Centralbl. f. Gynäkol. 1920. Heft 2. p. 46.

Zweierlei sind die ursächlichen Noxen, die eine Veränderung der wichtigen Vaginaflora veranlassen können:

1. Die herabgesetzte Funktionstüchtigkeit des Scheidenepithels bei konstitutionellen Allgemeinerkrankungen und interkurrenten Infektionskrankheiten. Die normale Scheide reagiert sauer; alkalische Reaktionen des Vaginalsekretes sind untrügliche Zeichen einer Lokal- oder Allgemeinerkrankung der Genitale. Das saure Milieu ist maßgebend für die normale Bakterienflora; es handelt sich in der Scheide um eine Gärungsmilchsäure. Sie kann nur entstehen, wenn in den Vaginalepithelien Glykogen gespeichert ist, was von der normalen Körper- und Zellkonstitution abhängig ist. Veränderungen dieser Glykogenspeicherung z. B. bei Tuberkulose, innerer Sekretionsstörung, Chlorose usw. bedingen also auch eine Änderung der normalen Vaginalflora.

2. Die Ansiedlung andersartiger Außenkeime nichtvaginaler Herkunft in der Scheide und das allmähliche Unterliegen der normalen latenten Scheidenflora z. B. bei Diarrhöen, Oxyuren, Streptokokken des Präputialsackes beim ersten Coitus, Gonorrhöe des Uterus usw.

Beide Male ist die Folge dieser Mikrobenveränderung der Fluor in verschiedener Form. Die Erkenntnis der wahren Ursachen gibt Fingerzeige zu neuer kausaler Fluortherapie.

Martin Friedmann (Breslau).

Loeser, A. Der Fluor, seine Entstehung und eine neue kausale Therapie mittels des Bakterienpräparates „Bazillosan“. Centralbl. f. Gynäkol. 1920. Heft 17. p. 417.

1. Das Scheidensekret ist ein glykogenhaltiges Ernährungstranssudat, in dem durch den normalen latenten Scheidenmikrobismus eine Gärungsmilchsäure entwickelt wird.

2. Die Eigenart und die Menge des Transsudates wie der mit diesem untrennbar verbundene latente Scheidenmikrobismus sind die unbedingten Erfordernisse für den normalen Ablauf der Scheidenfunktionen.

3. Wird die Menge des Transsudates durch eine innere Krankheitsursache (Störung der inneren Sekretion, verminderte Glykogendeponierung, Stauung usw.) und durch die damit verbundene Veränderung der Scheidenepithelzellenbiologie vergrößert, so entsteht



der vaginale Fluor, mit dem früher oder später ein Umschwung des latenten Scheidenmikrobismus verbunden ist, die Menge des Transsudates kann ebenso durch äußere Krankheitsursachen (Mikrobeninvasion, Fremdkörper, chemische Reizung usw.) vergrößert werden; auch dann wird rückwirkend die Scheidenepithelzellenbiologie beeinflußt.

4. Die Therapie des vaginalen Fluors muß der Scheidenbiologie Rechnung tragen. Sämtliche Spül- und Austrocknungsbehandlungen der Scheide bei Fluor sind daher verfehlt, weil sie der Scheidenbiologie zuwiderlaufen.

5. Das Bazillosan (Kulturen von bestimmten Milchsäurebacillen in Tabletten- oder Pulverform) wirkt im biologischen Sinne desinfizierend und zeitigt Erfolge in der Fluorbehandlung, wie wir sie sonst nicht erreichen. Martin Friedmann (Breslau).

Vollmer, E. Über einen Todesfall durch Gonorrhöe. Ärztl. Sachverst.-Ztg. 1920. p. 112.

Bei einem plötzlich verstorbenen 19jährigen Mädchen ergibt die Obduktion eine ausgedehnte gonorrhoische Adnexerkrankung, die durch Übergreifen auf das Peritoneum den Tod herbeigeführt hat.
Franz Bacher (Breslau).

Zieler. Wie wird die Heilung des Trippers beim Manne festgestellt? Dtsch. med. Wochenschr. 1918. Nr. 24.

Als zuverlässigste Probe zur Feststellung der Tripperheilung bewährte sich Zieler die Provokation mit den Kollmannschen Dehnern. Vor ihrer Durchführung müssen selbstverständlich alle Komplikationen der Harnröhrenerkrankung sowie Infiltrate beseitigt sein. Verf. fand diese Provokation bedeutend empfindlicher als die Injektionen von Gonokokkenimpfstoffen, beobachtete nur in 1% seiner Fälle einen Mißerfolg und hält daher diese Methode für besonders maßgeblich zur Erteilung des Heiratskonsenses. Max Joseph (Berlin).

Karo. Über die Beeinflussung infektiöser Erkrankungen der Harnorgane durch Eucupin-Terpentininjektionen bei interner Verabfolgung von Buccosperin. Therap. d. Gegenw. 1918. p. 120.

Karo berichtet über günstige Erfolge der von Klingmüller empfohlenen Terpentineinspritzungen bei Gonorrhöe, besonders in Kombination mit Eucupin. $^1/_2$—1 proz. Eucupinöl (Ol. arachidis od. olivar.) wurde mit 20% Terpentin vermengt und hiervon 1 ccm injiziert. Keine unangenehmen Nebenerscheinungen, vereinzelt vorübergehende lokale Infiltrate, Temperatursteigerungen bis 39,8; niemals Abzcesse, nie Albuminurie. Nur bei einem Fall von Pyelonephritis kam es nach der Injektion zu einer drei Tage anhaltenden Hämaturie. Für den Leser klingen Karos Erfolge allerdings nicht sehr überzeugend. Nach 5—8 Injektionen (in 3—6 tägigen Intervallen!) wurde ein vollkommenes Sistieren des vorher abundanten Ausflusses beobachtet. In 2 Fällen trat dauernde Heilung auf. In allen übrigen Fällen bestand dann noch immer spärlich schleimiger Ausfluß mit

Gonokokken. Diese Fälle wurden durch lokale antiseptische Behandlung und interne Verabfolgung von Buccosperin „in wenigen Wochen endgültig geheilt".

Bei unkomplizierter Gonorrhöe wird das Auftreten von Komplikationen verhütet. Gut wirken die Mottel bei Coropiritis, Epididymitis, weniger konstant bei Prostatitis und Spermatocystitis. Fälle von gon. Epididymitis, die vorher vergeblich mit Arthigon behandelt worden waren, gingen nach Terpentininjektionen vollkommen zurück. Bei tuberkulöser Epididymitis keinerlei Erfolg. In einem Falle von Blasentuberkulose hörten wenige Stunden nach jeder Injektion die schmerzhaften Tenesmen auf, der Harn wurde klarer, die Pausen zwischen den Miktionen größer. Walther Pick (Wien).

Heitzmann, O. Doppelseitige Hydronephrose nach doppelseitiger gonorrhoischer Ureterenverengerung. Centralbl. f. allgem. Path. u. pathol. Anat. Bd. XXIX. Nr. 2. p. 25.

Heitzmann fand bei der Sektion in der Urethra, der Prostata, in einem Vas deferens und Nebenhoden Veränderungen, die nur auf eine Gonorrhöe zurückgeführt werden konnten, während die Ureterenstrikturen, da an den physiologischen Engen gelegen, zunächst eher an eine angeborene Mißbildung denken ließen. Diese Annahme war jedoch unhaltbar, da sich die Nieren statt hypoplastisch als hydronephrotisch erwiesen und sowohl in der Blase als auch in den Ureteren Zeichen chronischer Entzündung gefunden wurden, für die nach Ansicht des Verf. ätiologisch auch nur die Gonorrhöe in Frage kommen konnte. Sigismund Bochyński (Würzburg).

Koller, H. Neue Wege in der Behandlung der Gonorrhöe. Schweiz. Rundschau f. Med. 1918. Nr. 9. p. 161.

Nach Verf. muß die Gonokokkeninfektion, wenn sie auch oberflächlich lokalisiert ist, grundsätzlich als interne Krankheit aufgefaßt werden. Die Gonokokken sitzen nur zum Teil auf dem Epithel, sondern ebenso häufig im und unter dem Epithel. Dann in Höhlen, die unserer gewöhnlichen Therapie nicht zugänglich sind, wie Samenhöhlen, Tuben usw. Um eine Heilung zu konstatieren, genügt nach Verf. der negative mikroskopische Befund nicht mehr, er verlangt die Reizbehandlung mit Gonovaccine. Koller selbst bringt die Gonovaccine nach Ponndorf mittels Stichen in die Haut und will mit einigen Tropfen ebenso heftige allgemeine als lokale Reaktionen ge sehen haben, wie mit 1 ccm subcutan.

Nach diesen theoretischen Erörterungen geht er zur Besprechung der Therapie über. Als interne Krankheit müsse die Gonorrhöe auch intern behandelt werden. Alle 5—7 Tage gibt Koller eine intravenöse Elektrargolinjektion mit 100 Millionen Keimen, dann mit 500 Millionen. Lokal die übliche Injektionsbehandlung; in die Blase Injektionen von Arg. colloidale. Bei Epididymitis, Tubeneiterung, Samenblasenentzündung werden lokale Injektionen von Elektrargol empfohlen. Zur Behandlung der Vagina, des Cervix, des Endometriums wendet



Verf. die Silber-Iontophorese an in Verbindung mit Trockenbehandlung mittels 1% Protargol, Bolus alba und Carbo animalis āā. Zur Behandlung der goutte militaire und Striktur wendet er die Kathodenmassage angeblich mit gutem Erfolge an.

Die Gefahr der Gonokokkensepsis könne durch die Allgemeinbehandlung vermieden werden.

Der Standpunkt, der hier verfochten wird, macht den Eindruck einer leichten Polypragmasie. Verf. vergißt zu betonen, daß es doch einen großen Prozentsatz von männlichen Gonorrhöen gibt, die auf die Anterior lokalisiert bleiben und mit der gewöhnlichen Injektionsbehandlung zur restlosen Heilung gebracht werden, namentlich unter Zuhilfenahme des leider viel zu wenig angewendeten alten Argentum nitricum zum Schluß der Behandlung, wo es vortrefflich vertragen wird. Max Winkler (Luzern).

Schmidt, H. E. Über Diathermiebehandlung der Gonorrhöe und anderer Erkrankungen. Berl. klin. Wochenschr. 1918. Nr. 8. p. 184.

Verf. verwirft in gleicher Weise den Überschwang der „Diathermie-Apostel" wie die völlige Ablehnung der Gegner dieser Behandlungsweise. Bei 500 Fällen von Urethral-Gonorrhöe, Gonitis, Epididymiditis und Prostatitis sah er gute Erfolge. Dabei handelte es sich um Fälle, die schon anderweitig 2—3 Monate erfolglos behandelt waren. Verf. ist der Ansicht, daß der Prozeß dann fast immer in der Prostata bzw. den Samenblasen lokalisiert ist. 2 Fälle, in denen auch Ureth. ant. bestand, mußten auch nach dreimonatiger Diathermiebehandlung ungeheilt entlassen werden. Häufig sah Verf. aber auch Gonitiden, Epididymit. und Arthritiden unter anderweitiger Wärmebehandlung oder Priessnitz rascher heilen als mit Diathermie. Mit letzterer darf man erst nach dem akuten Stadium beginnen. Abtötung der Go. bewirkt die Diathermie nicht. Sehr enge Strikturen werden durch Diathermie rasch für stärkere Sonden durchgängig. Epididymitis oder Prostatitis entstand durch Anlegen der Innen-Elektrode nicht. Krakauer (Breslau).

Glück, A. Epithelzelle und Gonokokken. Wien. klin. Wochenschr. 1917. Nr. 3.

Es gelingt mit Hilfe bestimmter Färbemethoden (10—20 proz. Anilinwasser-Säurefuchsinlösung, Differenzierung mit verdünntem Pikrinsäurealkohol) im Plasma der Plattenepithelien gonorrhoischer Sekrete konstant kleinste, wohl charakterisierte, kokkenartige Gebilde nachzuweisen, die Glück für intraepitheliale Initialformen des Gonokokkus hält, während die auch mit den üblichen Färbemethoden leicht darstellbaren und konstant nachweisbaren Epithelzelleinlagerungen als intraepitheliale Degenerationsformen des Gonokokkus anzusehen sind. Viktor Bandler (Prag).



Gross, S. Zur Behandlung der Zystopyelitis. Wien. klin. Wochenschr. 1917. Nr. 44.

Manche Fälle von Pyelitis und Cystopyelitis, am häufigsten solche gonorrhoischen Ursprungs, erfahren durch intravenöse Injektionen von Neosalvarsan (3 × 0,15) eine überraschende Besserung und Heilung. Die günstige Wirkung ist auf die Formaldehydkomponente des Neosalvarsans zurückzuführen, sie ist eine vorwiegend flächenhafte. Fälle von Kathetercystitis eignen sich für die Behandlung in hervorragendem Maße, sie heilen häufig nach einer einzigen Injektion. Die Kolierkrankungen der Harnwege scheint durch diese Behandlungsmethode nicht beeinflußbar zu sein. Viktor Bandler (Prag).

Mucha, V., und H. *Hofmann*. Über Vaccinebehandlung der Gonorrhöe bei Frauen. Wien. klin. Wochenschr. 1917. Nr. 43.

Die intravenöse Vaccinebehandlung liefert bei akuter und subakuter gonorrhoischer Cervicitis in 35—40% der Fälle prompte Heilerfolge, in weiteren 35% bedeutet sie eine ganz wesentliche Unterstützung der lokalen Behandlung. Bei Erkrankungen der Adnexe und Parametrien zeigt sich in etwa einem Viertel der Fälle prompte Beeinflussung der Erkrankung. Nach den Injektionen treten häufig ausgesprochene Herdreaktionen auf, Zunahme des Sekretes, Auftreten von Gonokokken bei Adnexerkrankungen, Bauchschmerzen, Brechreiz, Manifestwerden der Adnexerkrankung. Provokatorische Vaccine injektionen scheinen ein wertvolles Hilfsmittel zur Feststellung der Heilung abzugeben. Die Vaccinebehandlung soll möglichst frühzeitig einsetzen. Bei refraktären Fällen kann nach 1—5wöchiger Pause eine neuerliche Behandlungsserie besseren Erfolg haben.

Viktor Bandler (Prag).

Geber, H. Über die Behandlung der kindlichen Vulvovaginitis gonorrhoica mit Tierkohle (Merck).

Der Autor spült die Vulva und Vagina mit Hilfe eines Gummikatheters mit Kali hypermang. 1 : 10 000 aus. Nach Austrocknung der Vagina wird durch einen Harnröhrenspiegel Tierkohle eingeblasen. Die Erfolge waren sehr gut, das Verfahren ist empfehlenswert.

Viktor Bandler (Prag).

Weiss, A. Über intravenöse Vaccinebehandlung gonorrhoischer Komplikationen. Wien. klin. Wochenschr. 1916. Nr. 20.

Aus den Beobachtungen erhellt, daß die Vaccinationstherapie, speziell das intravenöse Verfahren, einen großen Fortschritt in der Behandlung der Gonorrhöe und deren Komplikationen bedeutet. Die Heildauer der Komplikationen erfährt bei dem intravenösen Verfahren in den meisten Fällen eine wesentliche Abkürzung, wobei auch eine günstige Beeinflussung des urethralen Prozesses zutage tritt.

Viktor Bandler (Prag).

Bucura, C. Zur Diagnose der Gonorrhöe beim Weibe. Wien. klin. Wo henschr. 1916. Nr. 11.

Bucura empfiehlt zu exakten diagnostischen Zwecken mittels



Ureterenkatheters eine Sekretentnahme aus dem Uteruscavum bis hinauf zu den Tubenecken. Dieses aus der Uteruskörperhöhle entnommene Sekretmaterial enthält nach Bucuras Erfahrungen auch dort, wo in den übrigen Genitalabschnitten die Krankheitserreger nicht nachweisbar waren, sehr häufig den Gonokokkus in Reinkultur.

Viktor Bandler (Prag).

Scholtz, W. Über die Feststellung der Heilung der Gonorrhöe. Dtsch. med. Wochenschr. 1918. Nr. 32.

Im Gegensatz zu der Erscheinung bei Diphtherie gibt es bei der Gonorrhöe keine Gonokokkenträger, wie Scholtz nachweist, da die Gonokokken stets eiterhaltige Absonderungen hervorrufen. Hingegen kommen schleimige Sekretionen vor, die noch Eiter enthalten oder davon frei sein können. Nur durch die bakteriologische Untersuchung ist festzustellen, ob eine pathologische Sekretion der Genitalschleimhaut eine echte Gonorrhöe darstellt, d. h. Gonokokken aufweist. Das Material hierzu ist nach sorgfältiger Reinigung der Harnröhrenmündung, Fossa navicularis und Portio aus der Tiefe der Cervix oder Urethra zu entnehmen. Eiterhaltige Partien mit gut erhaltenen Leukocyten sind besonders genau zu unterscuhen. Findet man keine Gonokokken, so versuche man noch eine Provokationsmethode durch Alkohol, heiße Bäder, Knopfsonde, Massage, Dehnungen mit dem Kollmannschen Dilatator, Spülungen oder Injektionen mit Argent. nitric. oder Perhydrol oder durch Arthigoninjektionen. Chemische, mechanische und Vaccineprovokationen können kombiniert werden. Die Sekrete sind etwa 6 Tage lang nach der Provokation zu untersuchen. Die Untersuchung bei Frauen findet am besten bald nach der Menstruation statt. Max Joseph (Berlin).

Weinberg. Clauden bei Blasenblutungen. Dtsch. med. Wochenschr. 1918. Nr. 30.

Bei starker Blasenblutung infolge einer Neubildung tat Fischls Clauden ausgezeichnete Wirkung. Zu 0,5 Clauden wurde 10 g abgekochtes Wasser hinzugefügt und mittels Katheter in die Blase eingespritzt. Das Blut verschwand rasch aus dem Harn. Schädliche Nebenwirkungen traten nicht auf, besonders keine Ätzung. Die hämostyptische Kraft des Claudens scheint nicht auf Anätzung der Gefäßwand wie beim Alaun, Eisenchlorid usw., sondern auf Fermentwirkung zu beruhen. Max Joseph (Berlin).

Aermi, P. Die Thermopräcipitinreaktion als Diagnosticum bei Gonorrhöe. Schweiz. Rundschau f. Med. 1918. Nr. 14. p. 268.

Verf. kommt auf Grund seiner Versuche, die in der Berner Frauenklinik gemacht wurden, zum Schlusse, daß das von Schürmann angegebene Verfahren der Thermopräcipitinreaktion als Diagnosticum der Gonorrhöe nicht verwendet werden könne, da es nicht zuverlässige Resultate liefere. Auch mit Serum Gonorrhöe-



kranker und gonorrhoischen und nicht gonorrhoischen Vaginalextrakten erhielt er negative Resultate. Max Winkler (Luzern).

Marquardt, R. Ormizet in der Therapie der Erkrankungen der Harnblase. Dtsch. med. Wochenschr. 1918. Nr. 37.

Das von Marquardt als vorzügliches Heilmittel erprobte Ormizet ist eine reizlose klare Lösung der ameisensauren Tonerde, welche sowohl bei Entzündungen von Haut und Schleimhäuten, als auch bei chronischem Blasenkatarrh ausgezeichnete Erfo'ge zeitigte. Verf. versuchte das Mittel mit gutem Resultat an sich selbst, da er an einer Jahre lang trotz verschiedenster Behandlung immer rezidivierenden Bakteriurie litt. Einspritzungen von 6 proz., später etwas stärkerer Ormizetlösung wurden schmerzlos vertragen und führten zu völliger Heilung. Max Joseph (Berlin).

Blaschko, A. Zur Theorie und Praxis der Gonorrhöebehandlung. I. Die Abortivbehandlung der Gonorrhöe. Dtsch. med. Wochenschr. 1918. Nr. 39.

Es gelang Blaschko, viele Fälle von frischer Gonorrhöe mit 1 oder 2 Injektionen starker Albarginlösung zu heilen. Vorbedingungen für so günstige Heilerfolge sind aber, daß noch keine Entzündung, keine oder wenig Schmerzen bestehen, das Sekret noch spärlich, nicht eitrig, sondern molkig-schleimig ist und die mikroskopische Untersuchung viele Epithelien und extracelluläre Lagerung der Gonokokken ergibt. Die Inkubation muß kurz, die hintere Harnröhre noch frei sein. Ein Zeitverlust von 24 Stunden kann schon verhängnisvoll sein, man kann daher dem Publikum nicht dringend genug raten, bei dem leisesten Verdacht auf Tripper mit dem Aufsuchen des Arztes nicht zu zögern. Die behandelten Kranken müssen unter Beobachtung gehalten werden, um festzustellen, ob eine wirkliche Heilung erzielt wurde. Max Joseph (Berlin).

Blaschko, A. Zur Theorie und Praxis der Gonorrhöebehandlung. Dtsch. med. Wochenschr. 1918. Nr. 40.

Während in manchen Fällen die Selbstheilkraft der Natur die Gonokokken ohne andere Beihilfe zur Ausscheidung bringt, ist doch häufig die Reaktion auf die gonorrhoische Infektion eine viel zu geringe. Der Tripper heilt bei örtlicher Behandlung schneller, schmerzloser und kommt seltener zu Komplikationen. Verf. gibt einen anschaulichen Überblick vom klinischen Verlaufe des Trippers und kommt zu dem Schlusse, daß gerade in der Epoche der Ausheilung nicht eine sichtbare entzündliche Reaktion, sondern eine allmähliche unmerkliche Umwandlung des Gewebes vor sich gehe. Während die Abortivbehandlung die leichte Entzündung absichtlich steigert, sollen die Injektionen auf der Höhe der Erkrankung das entzündliche Stadium mildern und verkürzen. Die oberflächlich sitzenden Gonokokken werden getötet und durch die Durchtränkung der tieferen Epithelschichten auch hier eine Entwicklungshemmung für den Krankheitserreger bewirkt. Die besondere Hartnäckigkeit mancher Tripperinfek-

tionen erklärt sich durch das Eindringen des Virus in Drüsen und Lacunen, die mit dem Medikament schwer erreichbar sind. Dann helfen nur sorgfältigst ausgeführte Spülungen, Dehnungen, Ätzungen dieser Partie und Massage. Oft findet auch eine Gewöhnung der Schleimhaut an die Gonokokken statt. Wenn einzelne Gonokokken liegenbleiben und einheilen, empfehlen sich reizende Injektionen ähnlich wie beim Abortivverfahren. Lugolsche Lösung tut hierbei gute Dienste. Verf. ist der Meinung, daß sich die schließliche Heilung auf gleiche Weise vollziehe, gleichviel ob man durch Entwicklungshemmung der Gonokokken das Abklingen der Krankheit beschleunigte oder ob man den Tripper erst austoben ließ. Für den Schlußakt ist die entzündliche Reaktion des Anfangs- und Höchststadiums nicht mehr maßgebend. Max Joseph (Berlin).

Blaschko, A. Zur Therapie und Praxis der Gonorrhöebehandlung. III. Die Feststellung der Heilung. Dtsch. med. Wochenschr. 1918. Nr. 41.

In der normalen Praxis hält Blaschko es für geboten, etwa 14 Tage die Behandlung auszusetzen, wenn der Gonorrhöekranke keine klinischen Symptome mehr zeigt und erst dann zu provozieren, da eine zu früh vorgenommene Provokation den Heilprozeß stören und hartnäckige Rückfälle hervorrufen kann. Zur Reizung hat Verf. außer einer Kombination von Arthigoninjektionen mit lokaler Dehnungsmassage besonders auch eine zweimalige Injektion Lugolscher Lösung bewährt gefunden. Treten nach dieser in der reichlichen Sekretion keine Gonokokken mehr zutage, so kann man annehmen, daß der Patient geheilt sei. Besonders erwünscht ist diese Sicherheit in Fällen, wo lange Zeit seit der Erkrankung vergangen ist und behufs Eheschließung die Gesundheit des Patienten festgestellt werden soll. Jedenfalls ist die Provokation unbedingt erforderlich, um die Heilung einer Gonorrhöe einwandfrei zu konstatieren.

Max Joseph (Berlin).

Zieler, K. Zur Theorie und Praxis der Gonorrhöebehandlung. Dtsch. med. Wochenschr. 1918. Nr. 45.

Zieler betont, daß der Verlauf des Trippers sich günstiger gestalte, wenn von Beginn der Erkrankung an Mittel angewandt werden, die den natürlichen, als Selbstheilvorgang anzusehenden Entzündungsprozeß wenig beeinflussen, wie z. B. das Protargol und nicht entzündungswidrige Mittel, die einer Einnistung der Gonokokken Vorschub leisten. Zwischen den Verhältnissen auf der Oberfläche und in der Schleimhaut selbst müsse durchaus unterschieden werden.

Max Joseph (Berlin).

Edelmann, Adolf, und Hildegard *Lazansky*. Über eosinophile Zellen in Harnsedimenten. Zugleich ein Beitrag zur Kenntnis der Ureteritis membranacea. Dtsch. med. Wochenschr. 1918. Nr. 41.

Bei verschiedenen Nierenerkrankungen fanden Edelmann und



Lazansky eosinophile Zellen im Harnsediment, einen besonders hohen Prozentsatz, 7—13%, bei akuter hämorrhagischer Nephritis. Diese Eosinophilie im Harnsediment erschien als ein günstiges Anzeichen für gute Prognose des Falls. Bei Asthma bronchiale wurde eine Leukocytentrübung des Harns beobachtet, die zum etwa dritten Teil aus eosinophilen Zellen bestand. In einem Fall von Ureteritis membranacea wurden im Harnsediment 92% eosinophile Zellen gefunden. Max Joseph (Berlin).

Junghanns. Ein weiterer Fall von Urethritis non gonorrhoica und septischer Allgemeinerkrankung. Dtsch. med. Wochenschr. 1918. Nr. 47.

Bei dem 16jährigen, nicht geschlechtskranken Patienten, sowie in zwei einschlägigen Fällen aus der Literatur fand Junghanns Fieber, gonokokkenfreien Ausfluß aus der Harnröhre, Blasenkatarrh, Conjunctivitis, Keratitis und Iritis, Schwellungen mehrerer Gelenke und Herzsymptome. Aspirin erzielte keinen, intravenöse Kollargolinjektion ausgezeichnete Heilerfolge, was für die spezifische Natur der Erkrankung spricht. Bei dem eignen Patienten vermutete Verf. Staphylokokken als Krankheitserreger, die von einem 14 Tage zuvor bestehenden Furunkel aus in den Körper drangen. Doch ließ sich bei kultureller Untersuchung von Blut und Ausfluß nichts Genaues fest stellen. Max Joseph (Berlin).

Zeissl, M. Zur Behandlung des Trippers und der Syphilis. Wien. med. Wochenschr. 1917. Nr. 44.

Für die Gonorrhöebehandlung empfiehlt Zeissl das Protargol, Albargin und Choleval. In der Syphilistherapie verwendet der Autor mit Vorliebe 5proz. Succinimid-Quecksilberlösungen in Phiolen vorbereitet, ebenso das Luesol, 0,02 g Mercur Benzoat enthaltend; auch das Modenol, Ersatzpräparat für Enesol, hat sich nach Zeissl bewährt. Viktor Bandler (Prag).

Weiss, A. Über eine kombinierte Proteinkörper-Vaccinetherapie bei gonorrhoischen Komplikationen. Wien. med. Wochenschr. 1917. Nr. 14.

Nach des Autors Erfahrungen zeitigt die Proteinkörpertherapie bei Komplikationen der Gonorrhöe Resultate, mit denen man zufrieden sein kann. Weiss kombinierte Protein mit intravenös dargereichter Vaccine, um durch den summatorischen Vorgang der Phagocytose und Antikörperbildung eine erhöhte Wirkung zu erzielen. Der Erfolg ist ein recht ermutigender.

Viktor Bandler (Prag).

Kall, K. Die Cholevalbehandlung der Gonorrhöe. Wien. klin. Rundschau 1918. Nr. 7/8.

Choleval ist ein wenig reizendes, aber auch nicht sehr stark bactericides Silberpräparat. Es eignet sich zur Behandlung der ganz frischen Gonorrhöe, sowie zur Nachbehandlung. Bei Posteriorerkrankungen empfiehlt Kall das Choleval in Form 2—5% Instilla-



tionen. Kall warnt vor Scheinheilungen bei Fehlen des Ausflusses und bei klarem Urin (Blender). Viktor Bandler (Prag).

Stümpke, G. Über intravenöse Kollargolinjektionen bei weiblicher Gonorrhöe. Ther. d. Gegenw. 1918. p. 254.

Stümpke hat die von Menzi (Münch. med. Wochenschr. 1918. Nr. 3) empfohlene Therapie mit jeden 2. Tag vorgenommenen Injektionen von 2—10 ccm einer 2proz. Kollargollösung in etwa 50 Fällen versucht und bei der akuten weiblichen Gonorrhöe, besonders der Harnröhre, gute Erfolge gesehen. Bei chronischer Gonorrhöe, trotz zahlreichen Injektionen — bis zu 15 — kein Effekt. In einzelnen Fällen traten Nebenerscheinungen, wie Fieber bis 40°, tagelanger Kopfschmerz auf. Im allgemeinen erweckt der therapeutische Effekt keine allzu großen Hoffnungen. Walther Pick (Wien).

Friedenthal, H. Über kolloidale Silberlösungen und ihre Anwendungen in der Heilkunde. Ther. d. Gegenw. 1918. p. 231.

Die chemische Darstellung kolloidalen Silbers liefert zwar feinere Teilchen (Dispargen, Kollargol), doch haben die durch elektrische Zerstäubung hergestellten Präparate (Fulmargin, Elektrokollargol) eine noch größere Desinfektionskraft, welche von keinem der zur inneren Desinfektion verwendeten Mittel übertroffen wird.

Walther Pick (Wien).

Böttner, A. Über Kollargolanaphylaxie und ihre Bedeutung für die menschliche Anaphylaxie. Dtsch. Arch. f. klin. Med. 1918. Bd. CXXV. p. 1.

Auf Grund seiner an Matthes Klinik in Königsberg ausgeführten Versuche gelangt Böttner zu folgenden Schlüssen: Mit Kollargol-Heyden läßt sich sowohl aktive, wie auch passive Anaphylaxie beim Meerschweinchen erzeugen. Der dem Kollargol als Schutzkolloid zugefügte Eiweißkörper ist hierfür verantwortlich zu machen. Die nach Überstehen eines Shocks auftretende Antianaphylaxie ist nur eine bedingte. Beim Menschen sind trotz außerordentlich umfangreicher therapeutischer Verwendung von Kollargol-Heyden und selbst bei intravenösen Kollargolinjektionen im typischen Zeitintervall anaphylaktische Zustände bis auf einen fraglichen, von ihm beobachteten Fall, nicht bekannt. Dieses differente Verhalten von Mensch und Tier berechtigt zu der Annahme, daß es auch bei der übrigen Eiweißkörpertherapie unter Einhalten entsprechender, in der Arbeit näher ausgeführter Vorsichtsmaßregeln gelingen muß, das Auftreten anaphylaktischer Zustände zu vermeiden. Menschen mit Basedowscher Krankheit — wie vielleicht überhaupt auch solche mit Störungen der inneren Sekretion und labilem Nervensystem — scheinen bei wiederholter parenteraler Eiweißkörperzufuhr zum Auftreten anaphylaktischer Erscheinungen disponiert zu sein. P.

Hoffstetter. Erfahrungen mit Choleval. Ther. d. Gegenw. 1918. p. 238.

In 83 Fällen von Gonorrhöe wurde Choleval in schwächerer, in




100 Fällen in stärkerer Konzentration angewandt. Zum Vergleich wurde eine dritte Versuchsreihe mit Albargin, 98 Fälle umfassend, herangezogen. Das Choleval zeigt sich in der Wirkung nicht wesentlich überlegen, hat aber eine gute gonokokkentötende Wirkung und stellt immerhin eine Bereicherung der Gonorrhöetherapie dar.

Walther Pick (Wien).

Frisch. Ist die gewöhnliche Behandlung der akuten Gonorrhöe rationell? Ugeskrift for Läger 1919. Nr. 12. p. 518.

Frisch meint, daß die Injektionsbehandlung zu verwerfen ist.

Harald Boas (Kopenhagen).

Jessen. Behandlung der akuten Gonorrhöe. Ugeskrift for Läger 1919. Nr. 13. p. 566.

Jessen verwirft die Injektionsbehandlung.

Harald Boas (Kopenhagen).

Jacobsen. Momente der Gonorrhöenbehandlung. Ugeskrift for Läger 1919. Nr. 14. p. 612.

Bei der akuten Gonorrhöe ist die interne Therapie vorzuziehen.

Harald Boas (Kopenhagen).

Ingerslev. Die Bedeutung der akuten Gonorrhöe. Ugeskrift for Läger 1919. Nr. 14. p. 613.

Ingerslev verwirft die Injektionsbehandlung.

Harald Boas (Kopenhagen).

Frisch. Die Behandlung der akuten Gonorrhöe. Ugeskrift for Läger 1919. Nr. 14. p. 613—614.

Frisch empfiehlt wieder die interne Behandlung mit Balsamica.

Harald Boas (Kopenhagen).

Frisch. Gonorrhöebehandlung. Ugeskrift for Läger 1919. Nr. 17. p. 734.

Frisch empfiehlt zum dritten Male die interne Behandlung der Gonorrhöe. Harald Boas (Kopenhagen).

Heilbronn. Selbstverstümmelung durch Gonokokkenübertragung. Münch. med. Wochenschr. 1917. Nr. 49. p. 1583.

Ein seit 2 Jahren an chronischer Gonorrhöe leidender russischer Kriegsgefangener diente als Gonokokkenspender bei der Übertragung dieser Krankheit an 4 anderen Russen. Alfred Perutz (Wien).

Lewinski. Zur Kritik der Gonorrhöeheilung. (Erwiderung auf die Arbeit von Prof. C. J. Gauss in der Münch. med. Wochenschr. 1917. Nr. 38.) Münch. med. Wochenschr. 1917. Nr. 46. p. 1490.

Polemik. Alfred Perutz (Wien).

Menzer. Über Gonorrhöeheilung. Münch. med. Wochenschr. 1917. Nr. 46. p. 1489.

Der wiederholt negative Befund von Gonokokken kann niemals berechtigen, mit absoluter Sicherheit von Heilung zu sprechen. Die bisherige Behandlung der Gonorrhöe, welche ein rasches Verschwinden der Sekrete und der Gonokokken anstrebt, verhindert vielfach eine völlig restlose Ausheilung. Alfred Perutz (Wien).



Rost. Die Heizsondenbehandlung der chronischen Gonorrhöe und der Strikturen der Harnröhre, zugleich eine neue Provokationsmethode. Münch. med. Wochenschr. 1917. Nr. 41. p. 1345. Feldärztl. Beilage.

An einem großen, gut beobachteten Material geprüft, hat sich die Heizsonde als hervorragendes Mittel zur Behandlung der chronischen Gonorrhöe des Mannes erwiesen. In gleicher Weise ist sie zur Behandlung gonorrhoischer und chirurgischer Strikturen brauchbar. Infolge der „Ausschwemmung der Gonokokken" übertrifft die Heizsonde die übrigen Provokationsmethoden. Sie ist leicht anwendbar und gefahrlos. Alfred Perutz (Wien).

Gauss. Zur Kritik der Gonorrhöeheilung. Münch. med. Wochenschr. 1917. Nr. 38. p. 1228.

Die Forderung einer verschärften Kritik der Gonorrhöeheilung ist berechtigt und notwendig. Nur derjenige Patient kann als geheilt und ungefährlich angesehen werden, dessen Heilung auch den verschärften Kriterien der ärztlichen Untersuchung wirklich standhält.

Alfred Perutz (Wien).

Reiter. Zur Kritik der Gonorrhöeheilung. Münch. med. Wochenschr. 1917. Nr. 50. p. 1610.

Polemik gegen Gauss. Alfred Perutz (Wien).

Bruck. Über die Bedeutung provokatorischer Arthigoninjektionen für die Kontrolluntersuchungen bei der Demobilisierung. Münch. med. Wochenschr. 1917. Nr. 33. p. 1089. Feldärztl. Beilage.

1. Sämtliche während des letzten Jahres an Gonorrhöe Erkrankten sind zwecks Nachuntersuchung einem Speziallazarett zu überweisen.

2. Daselbst sind Sekret- und Urinuntersuchung (Flocken) vorzunehmen.

3. Alle Leute, bei denen Sekretion, Urintrübung, Prostataveränderungen usw. konstatiert wurden, sind einer provokatorischen Vaccination zu unterziehen. Alfred Perutz (Wien).

Duncker. Die kombinierte Behandlung der Gonorrhöe mit Heißbädern und Dakinlösung. Münch. med. Wochenschr. 1917. Nr. 25. p. 389. Feldärztl. Beilage.

Eine kombinierte Behandlung der Gonorrhöe mit Heißbädern bis zu 47° C nach O. Weiss und mit Einspritzungen von mit auf 42° C auf die Hälfte verdünnter Dakinscher Lösung führt auch bei älteren unkomplizierten Fällen zu rascher Heilung.

Alfred Perutz (Wien).

Heller. Über die Provokation von Gonokokken durch intravenöse Einspritzung von Gonokokkenvaccinen. Münch. med. Wochenschr. 1917. Nr. 22. p. 343. Feldärztl. Beilage.

Während Heller die therapeutische Bedeutung der Vaccineeinspritzung ablehnt, sind seine Beobachtungen über den diagnosti-





schen Wert intravenöser Injektionen von Arthigon und Gonargin sehr günstig. Alfred Perutz (Wien).

Karmin. Beitrag zur Ätiologie der nichtgonorrhoischen Urethritiden. Münch. med. Wochenschr. 1917. Nr. 18. p. 285. Feldärztl. Beilage.

Im Ausstrich eines aus der männlichen Harnröhre ausgedrückten Sekretes fanden sich grampositive Diplokokken, die sich kulturell als zu der Gruppe der Sarcinen gehörig erwiesen.

Alfred Perutz (Wien).

Lewinski. Beitrag zur Behandlung der Gonorrhöe mit Choleval. Münch. med. Wochenschr. 1917. Nr. 15. p. 321. Feldärztl. Beilage.

Das Choleval kann als wertvolle Bereicherung unseres Arzneischatzes zur Bekämpfung der Gonorrhöe bezeichnet werden.

Alfred Perutz (Wien).

Friboes. Weitere Erfahrungen bei Cholevalbehandlung der männlichen und weiblichen Gonorrhöe. Münch. med. Wochenschr. 1917. Nr. 14. p. 441.

Das Choleval kann bei der Behandlung männlicher und weiblicher Personen aufs wärmste empfohlen werden.

Alfred Perutz (Wien).

Wilms. Operative Behandlung der schweren Fälle von gonorrhoischer Gelenkentzündung. Münch. med. Wochenschr. 1917. Nr. 12. p. 177. Feldärztl. Beilage.

Bei Entzündungen mit starkem Erguß Punktion oder Incision. Bei phlegmonösen frischen Kapselentzündungen Incision bis in die Gelenkkapsel. Bei älteren Prozessen, bei denen die Gefahr der Versteifung droht, längere Incision in die Gelenkkapsel und kleine Öffnung des Gelenkhohlraumes. Alfred Perutz (Wien).

Götze. Die Bewertung der Gonargintherapie und -diagnostik. Münch. med. Wochenschr. 1917. Nr. 5. p. 74. Feldärztl. Beilage.

Gonargin unterstützt die Therapie bei Nebenhodenentzündung, Blasenkatarrh und Gelenkaffektionen, hat als Diagnosticum aber nur eine beschränkte Bedeutung, da eine Fieberreaktion kein sicherer Beweis für eine noch bestehende Gonorrhöe ist, und umgekehrt bei noch vorhandener Gonorrhöe eine Reaktion ausbleiben kann.

Alfred Perutz (Wien).

Brölemann. Die Behandlung der komplizierten Gonorrhöe des Mannes. Münch. med. Wochenschr. 1917. Nr. 5. p. 73. Feldärztl. Beilage.

Bei eitriger Trübung der zweiten Urinportion wird mit der Spritzbehandlung ausgesetzt. Hierauf dreimal täglich Blasenspülung. Bleibt der Urin trotzdem trüb Gonokokkenvaccine, innerlich Sandelöl + Formalin-Präparate. Alfred Perutz (Wien).



Roth. Johannes. Bemerkungen zur Behandlung der Gonorrhöe beim Manne. Münch. med. Wochenschr. 1917. Nr. 2. p. 48.

Nichts wesentlich Neues. Alfred Perutz (Wien).

Koller. Die Silberiontophorese in der Therapie der Gonorrhöe. Münch. med. Wochenschr. 1917. Nr. 2. p. 44.

Es wird zunächst die Möglichkeit einer Silberionenbehandlung tierexperimentell geprüft und an einem kleinen Material die Behandlung mittels Silberiontophorese an Menschen versucht.

Alfred Perutz (Wien).

Stümpke. Beobachtungen über Rektalgonorrhöe bei Kindern. Münch. med. Wochenschr. 1916. Nr. 49. p. 1720.

Rektalgonorrhöe bei Vulvovaginitis kleiner Mädchen kommt häufiger vor, als frühere Autoren beobachteten. Unter 59 Fällen konnten 33 mal Gonokokken aus dem Rektum nachgewiesen werden.

Alfred Perutz (Wien).

Kuznitzky. Über die Behandlung der Frauengonorrhöe mit Protargolsalbe. Münch. med. Wochenschr. 1916. Nr. 46. p. 1613.

Analog der Neisserschen Novinjektolsalbe bei der Behandlung der männlichen Gonorrhöe wird eine Salbe folgender Zusammensetzung: Protargol 6,00, Aq. destill. 24,00, Eucerini anhydr. Adipis lanae aa 35,0 für die Frauengonorrhöe angegeben. Von 98 Fällen rezidivierten 6 Fälle. Alfred Perutz (Wien).

Engwer. Über die Behandlung der kindlichen Gonorrhöe mittels der „Fiebertherapie“ (Weiss). Münch. med. Wochenschr. 1916. Nr. 45. p. 1582.

Ein 3 jähriges Mädchen, das an akuter gonorrhoischer Vulvovaginitis litt, wurde mit heißen Bädern nach Weiss behandelt. Erfolg ausgezeichnet. Schon am zweiten Tage nach der Behandlung waren nicht nur jede Sekretion (und die Gonokokken), sondern auch die sichtbaren Entzündungserscheinungen geschwunden.

Alfred Perutz (Wien).

Jacobsohn, Julius. Die bimanuelle Untersuchung der Vorsteherdrüse und der Samenblasen und ihre Bedeutung für die Behandlung der Gonorrhöe. Münch. med. Wochenschr. 1916. Nr. 38. p. 615. Feldärztl. Beilage.

Empfehlung der Kombination bimanueller Untersuchung der inneren Geschlechtsorgane bei der Gonorrhöe des Mannes.

Alfred Perutz (Wien).

Engwer. Über akute urethritische Prozesse bakterieller (nichtgonorrhoischer) Natur nach abgelaufenem Tripper oder bei chronischer Gonorrhöe und den Streptobacillus urethrae Pfeiffer in ätiologischer Beziehung zu ihnen.



Münch. med. Wochenschr. 1916. Nr. 42. p. 1496. Feldärztl. Beilage. Nr. 42. p. 676.

Harnröhren, die eine Gonorrhöe überstanden haben oder chronisch daran erkrankt sind, bieten Gelegenheit für pathogene Einwirkung sonst als Saprophyten beherbergter Keime. Es liegt keine Veranlassung vor, auch bei Fortbestehen der Grundkrankheit den durch solche Keime hervorgerufenen Reaktionen den Charakter echter bakterieller Urethritiden abzusprechen, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind: Vermehrte Sekretion und gesteigerte klinische Erscheinungen sind parallel dem Auftreten einer in Reinkultur sichtbaren und züchtbaren Bakterienart. Der Streptobacillus urethrae Pfeiffer kann in dieser Beziehung zuweilen ätiologisch in Frage kommen.

Alfred Perutz (Wien).

Scholtz, W. Über die Fieberbehandlung der Gonorrhöe nach O. Weiss. Münch. med. Wochenschr. 1916. Nr. 29. (Feldärztl. Beilage Nr. 29.)

Nebst Allgemeinbehandlung wurde die Bäderbehandlung der Gonorrhöe mit gutem Erfolge durchgeführt. Unter 60 derart behandelten Kranken wurden in fast 80% der Fälle Heilung innerhalb 12—14 Tagen und bei 20% der Fälle Rückfälle beobachtet. Anders verlaufen aber hartnäckige Fälle. Unter Kombinationsbehandlung wurden bei diesen Kranken Gonokokken in den Morgenpräparaten nachgewiesen. Bei komplizierten Gonorrhöefällen (Prostatitis, Epididymitis, paraurethrale Infiltrate) beeinflußt die Fieberbehandlung nach O. Weiss kaum wesentlich den Krankheitsverlauf.

Alfred Perutz (Wien).

Weinberg. Zur Behandlung der weiblichen Urethralgonorrhöe. Dtsch. med. Wochenschr. 1919. Nr. 2.

Für Ausspülung der weiblichen Harnröhre konstruierte Verf. einen Katheter, welcher aus einem undurchlochten Teil zum Hin- und Herbewegen des Katheters, aus einem Siebteil zum Durchfließen der Spülflüssigkeit, aus einem Verschlußtrichter, der bei Andrücken des Instruments die Harnröhre schließt und die Flüssigkeit in die Blase lenkt, und einem Ansatzteil besteht. Da das Instrument nicht zu tief einzuführen ist, können es intelligente Patientinnen nach genauer Anweisung des Arztes auch selbst handhaben. Natürlich muß die Flüssigkeit sauber und sorgfältig hergestellt und der Spüler vor dem Gebrauch ausgekocht werden. Max Joseph (Berlin).

Pürckhauer. Therapeutische Erfahrungen mit Terpentineinspritzungen nach Klingmüller bei Gonorrhöe. Dtsch. med. Wochenschr. 1919. Nr. 3.

Das von Klingmüller gegen Gonorrhöe empfohlene Terpentin wirkt nicht direkt baktericid auf Gonokokken, sondern veranlaßt durch seine entzündungerregende Kraft die Bildung von Antikörpern, welche Entzündung und Eiterung abschwächen und somit die Ent-



zündungserreger beseitigen. Pürckhauer wandte bei 150 Gonorrhöefällen Terpentininjektionen von 20 proz. Verdünnung in Öl, Einzeldosen von 0,05—0,1 in Pausen von 4—7 Tagen an und sah keine schädlichen Nebenwirkungen. In 71 Fällen blieb die Gonorrhöe auf die Anterior beschränkt, im Durchschnitt war in 57 Tagen die Heilung erreicht. Doch waren die Erfolge besonders bei Komplikationen sehr ungleich, am besten, wenn die Terpentininjektionen erst 2—3 Wochen nach Ausbruch der Krankheit, also nach Abklingen der akutesten Erscheinungen, einsetzte. Alle Fälle wurden nebenher auch lokal behandelt, so daß die Terpentinbehandlung also nicht als neue, allein wirkende Heilmethode, sondern nur als eine Unterstützung anderer Gonorrhöetherapien angesehen werden kann.

Max Joseph (Berlin).

Massini, Rud. Über Gonokokkensepsis. Zeitschr. f. klin. Med. 1916. Bd. LXXXIII. p. 1.

Mitteilung der Krankengeschichte eines 25jährigen Mannes aus Stähelins Klinik, der im Militärdienst an einer Art Sepsis mit einem papulo-makulo-petechialen Exanthem ohne Gelenkerkrankungen und ohne Mitbeteiligung der Herzklappen erkrankte. Die Anamnese und die Untersuchung lassen zunächst auf keinen besonderen Erreger schließen, die Blutuntersuchung aber ergibt dreimal Gonokokken. Eine nochmalige ganz genaue Nachforschung ergibt eine leichte Urethritis und Epididymitis dextra. Die Sektion zeigt, daß der Herd, von dem die Gonokokken ins Blut gelangten, eine Thrombose der Vena femoralis dextra war. Das Exanthem erstreckte sich auf die ganze Körperfläche, auch auf die Innenfläche der Hände und die Sohlen, ganz frei war nur der behaarte Kopf; auch auf der Mundschleimhaut, besonders dem weichen Gaumen, fanden sich Flecken. Gelenkschwellungen und Herzerscheinungen fehlten. Das Exanthem erschien in einzelnen Schüben, anfangs fast täglich, ohne Parallelismus mit dem Fieber. Die Polymorphie erklärt sich durch Verschleppung der Gonokokken ins Blut, doch waren in den Hautefflorescenzen keine solchen nachweisbar. Die von der Spermatocystitis ausgehende Thrombose des Plexus spermaticus, welche zu einer ausgedehnten Thrombose der Venen bis zu den Venae femorales geführt hatte und rechts eitrig erweicht war, hatte gar keine lokaen Erscheinungen gemacht, auch Ausfluß fehlte, was die Diagnose sehr erschwerte. Aus den Thrombosemassen gelang die Kultur nicht mehr und der mikroskopische Nachweis erst nach langem Suchen. Die Milz war perkutorisch vergrößert, es bestanden Diarrhöen, gegen das Lebensende starke Leukocytose von polynukleärem Charakter, einige Myelocyten. Massini bespricht die Differentialdiagnosse gegenüber den Meningokokkenerkrankungen. Eine aus den in seinem Falle gezüchteten Gonokokken dargestellte Vaccine erzeuge bei einem Mann mit gonorrhoischer Epididymitis Fieber. Nachdem er sich durch Arthigon an das Gonokokkengift gewöhnt hat, reagiert der Kranke nicht mehr,



was Massini ebenfalls für die Gonokokkennatur der fraglichen Erreger verwertet. P.

Sutter, Ernst. Über gonorrhoische Allgemeininfektion. Zeitschr. f. klin. Med. 1919. Bd. LXXXVII. p. 81.

Mitteilung der Krankengeschichte eines $3^1/_2$ jährigen Mädchens, welches aus scheinbar völligem Wohlbefinden erkrankt an einer in Schüben exacerbierenden sepsisähnlichen Affektion mit komplizierender, diffuser Peritonitis, Pneumonie, Pertussis, beiderseitiger Otitis media, Gelenkschwellungen, Stomatitis ulcero-membranosa und einem zu wiederholten Malen auftretenden, teils makulopapulösen, teils erythematösen scharlachähnlichen, teils hyperkeratotischen Exanthem. Nach kurzem eitrigen Ausfluß aus der Vagina zu Beginn der Krankheit sistiert der Ausfluß vollständig. Erst mit Auftreten des scharlachähnlichen Exanthems neuer, gelbeitriger Ausfluß aus der Vagina und sicherer Gonokokkennachweis im Sekret. Die Blutaussaat ergibt eine Reinkultu von Gonokokken, sie sind auch in dem Sekret der Bauchfistel, dem Ohreiter und den eitrigen Auflagerungen der Stomatitis nachweisbar. Diese kulturellen und mikroskopischen Ergebnisse, sowie die anamnestisch erwiesene Tatsache des primär bestehenden Ausflusses aus der Vagina, der klinische Verlauf mit den zahlreichen sekundären Metastasen führten zu der Diagnose einer Gonokokkenallgemeininfektion mit komplizierenden Metastasen, ausgehend von einer Vulvovaginitis gonorrhoica infantum als Primärherd. Die Exanthemausbrüche treten immer parallel mit den intermittierenden Fiebersteigerungen auf. Die Kultivierung der Gonokokken gelang sehr gut, auch während Temperaturen über 38°, mit dem Lipschützschen Gonokokkennährboden. P.

Ulcus molle.

Scherber, G. Zusammenfassung der Klinik der pseudotuberkulosen Geschwüre, wie Ulcus acutum vulvae und Mitteilung der gelungenen Reinkulturen der in den Geschwüren vorkommenden Bacillen mittels eigener Züchtungsmethode. Wien. klin. Wochenschr. 1918. Nr. 7.

Bei der Bearbeitung der Balanitis erosiva und der gangraenosa gelang es Scherber einmal eine Reinkultur der anaeroben vibrioförmigen Bacillen zu erhalten, ferner war es möglich, die Spirochäte Balanitis im erstarrten Kaninchenserum zu kultivieren. Bei den pseudotuberkulösen Geschwüren konnte Scherber grampositive Bacillen feststellen. Die Züchtung nahm der Autor mit Stickstoffgas vor. Der Apparat besteht aus der Stickstoffgasbombe mit Manometer, zuführendem Schlauch zur Glasglocke, die in einem ungefähr handbreit hoch mit Ol. Vaselini gefüllten Behälter steht. Die Kulturen erweisen sich als Reinkultur grampositiver Bacillen, die in Ketten angeordnet oder zu langen Fäden auswachsen. Das Wachs

tum in der Stickstoffatmosphäre war ein weit intensiveres sowohl was die Zahl als auch die Größe der Einzelkulturen anbelangt.

Viktor Bandler (Prag).

Lipschütz, B. Über Ulcus vulvae acutum. Wien. klin. Wochenschr. 1918. Nr. 17.

Lipschütz bringt in diesem Artikel einige Ergänzungen seiner früheren Arbeiten über das Ulcus vulvae acutum. In klinischer Hinsicht betont der Autor, daß das Ulcus v. ac. in differentialdiagnostischer Hinsicht auch nicht die geringste Ähnlichkeit mit tuberkulösen Geschwüren auf der Schleimhaut des weiblichen Genitales zeigte. In prognostischer Hinsicht erwähnt Lipschütz die Rezidivfähigkeit, weiter betont er die Häufigkeit des Auftretens bei Virgines intactae. Für die von Lipschütz beschriebenen Stäbchen hat er den Namen Bacillus crassus vorgeschlagen, eine Autoinoculation ist bisher nicht gelungen.

Viktor Bandler (Prag).

Scherber, G. Über die Beziehungen der in den pseudotuberkulösen Geschwüren sive ulcus ac. vulvae sich findenden Bacillen zu den Scheidenbacillen Döderleins. Wien. klin. Wochenschr. 1918. Nr. 37.

Die morphologische Übereinstimmung der in den Geschwüren sich findenden Bacillen mit den Scheidenbacillen Döderleins wird ergänzt durch die Übereinstimmung der aerob auf Glycerinzuckeragar und der in Stickstoffatmosphäre auf Serumzuckeragar erhaltenen Kolonien. Wie Döderlein für seine Kulturen festgestellt hat, daß deren saure Reaktion auf der Bildung von Milchsäure beruht, zeigten Scherbers Kulturen dieselbe chemische Eigenschaft. Die völlige Übereinstimmung der aus den Geschwüren derart mit den aus dem Scheidensekret früher an Geschwüren kranker Virgines gewonnenen und weiter die Übereinstimmung dieser Kulturen morphologisch gleicher Bacillen aus dem Scheidensekret stets gesunder Virgines, das gleiche Verhalten aller dieser Stämme im Wachstum auf Glycerinzuckeragar unter aeroben Verhältnissen und auf Serumzuckeragar in Stickstoffatmosphäre berechtigen zu der Annahme, daß es sich im Scheidensekret aller dieser Fälle, wie bei den Bacillen im Geschwürssekret um die Scheidenbacillen Döderleins handelte.

Viktor Bandler (Prag).

Sommer. Über die Erkrankung mit weichem Schanker bei den Soldaten einer Armee im Westen und Vorschlag zur Bekämpfung des weichen Schankers. Münch. med. Wochenschr. 1918. Nr. 42. p. 1161.

Sommer erklärt das Zunehmen des Ulcus molle dadurch, daß bei der Frau gar keine klinischen Anzeichen eines weichen Schankers vorhanden zu sein brauchen, die Frau aber doch Trägerin von Streptobacillen ist, daher infektiös ist. Jedes Weib, das als Infektionsquelle für weichen Schanker angegeben wird, ist also weiter zunächst zu internieren.

Alfred Perutz (Wien).

Holzapfel Ulcus molle mit Primäraffekt. Dtsch. med. Wochenschr. 1919. Nr. 28.

Holzapfel rät, jeden Fall von Ulcus molle vorsichtigerweise auf Spirochäten zu untersuchen, da stets eine Mischinfektion, oft ein verkannter syphilitischer Primäraffekt vorliegen könne. Fällt bei Spirochätenbefund die Wa.R. negativ aus, so handelt es sich wahrscheinlich um eine frische Infektion, ist aber beim Fehlen von Spirochäten Wa.R. positiv, so lag wahrscheinlich eine frühere Lues vor, und der Patient ist erst kürzlich mit reinem Ulcus molle infiziert worden. Beide Untersuchungen sollen unter steter Beobachtung der klinischen Symptome etwa 6 Wochen lang fortgesetzt werden.

Max Joseph (Berlin).

Heinsius, Fritz. Beiträge zur Lehre vom Ulcus chronicum vulvae. Zeitschr. f. Geburtshilfe u. Gynäkol. 1919. Bd. LXXXII.

Beschreibung von 4 Fällen. Bei 2 Fällen Wa.R. + (1 Fall bessert sich auf antiluetische Kur), bei 1 Fall Gonokokken +, bei 1 Fall kein ätiologisches Moment zu erkennen (Pirquet usw. negativ). Bei 3 von diesen 4 Fällen zugleich Mastdarmstrikturen.

Hammel (Breslau).

Fönss. Das Welandergeschwür. Ugeskrift for Läger 1919. Nr. 36. p. 1411—1416.

Kasuistische Mitteilung eines Falles von Ulcus vulvae acutum.

Harald Boas (Kopenhagen).

Schneller. Milchinjektionen bei entzündeten Leistendrüsen. Münch. med. Wochenschr. 1918. Nr. 31. p. 851.

Günstiger Verlauf eines Falles von Bubo inguinalis mit Milch.

Alfred Perutz (Wien).

Reichenstein, G. Über therapeutische Erfolge mit Milchinjektionen bei lokalen Entzündungsprozessen. Wien. klin. Wochenschr. 1918. Nr. 11.

Die Autorin verzeichnet ganz besondere Erfolge bei Bubonen, die nach Milchinjektionen rasch erweichten, wonach eine kleine Incision ohne Enkochleation zur Heilung führte. Auch bei Epididymitis und Erysipel sah Reichenstein rasch eintretende Besserung.

Viktor Bandler (Prag).

Stark, Adolf. Über parenterale Milchbehandlung bei venerischen Bubonen und gonorrhoischer Epididymitis. Med. Klin. 1917. Nr. 50. p. 1317.

Die Technik Starks war folgende: 10 ccm abgekochter, von Gerinnsel durch Filtrieren befreiter Kuhmilch wurden in zwei bis dreitägigen Intervallen in die Gesäßhälften eingespritzt. Außer Kuhmilch wurde auch Frauen- und Kuhmilch verwendet. Was die Behandlung bei Bubonen betrifft, so scheint es nach den Ergebnissen des Verf. bei frühzeitiger Milchbehandlung in der Mehrzahl der Fälle möglich, ohne Operation eine vollständige und rasche Heilung herbei-



zuführen. Die Kuhmilch scheint an resorptiver Wirkung der Frauen- und Ziegenmilch überlegen zu sein. 37 Fälle von Nebenhodenentzündung kamen zur Beobachtung. Das Ergebnis war rasches Zurückgehen der Entzündungserscheinungen und der Schmerzhaftigkeit, doch scheinen zur gänzlichen Aufsaugung der Infiltrate die Gonokokkenvaccinen mehr zu leisten. Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Tichy, Hans. Einige Ergebnisse der operativen und der Milchtherapie bei Leistendrüsenentzündungen. Med. Klin. 1919. Nr. 28. p. 667.

Tichy hatte Gelegenheit, Bubonen verschiedener Ätiologie — Ulcus molle-Bubonen, Bubonen nach Furunkeln und Kratzwunden, Bubonen unklarer Provenienz, die als „Bubonen warmer Länder" (es handelt sich um die Dobrudscha) aufgefaßt wurden, teils operativ, teils mit Milchinjektionen zu behandeln. Der Vergleich fiel ganz zugunsten der Milchtherapie aus. Tichy ging folgendermaßen vor: Die Vollmilch wurde durch Kochen im Wasserbade 20 Min. lang sterilisiert. Injiziert wurden intraglutäal 2 ccm in jede Seite. Nach 5—6 Stunden steiler Temperaturanstieg. Nach 3—4 Tagen Wiederholung der Injektion. Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Weinberg, Fritz. Die Diagnose und Differentialdiagnose der Lymphdrüsenerkrankungen. Med. Klin. 1918. Nr. 17. p. 409.

Demonstrationsvortrag über die verschiedenen Lymphdrüsenerkrankungen, zum kurzen Referat nicht geeignet.

Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Königstein, H. Einige Erfahrungen über venerische Erkrankungen. Wien. klin. Wochenschr. 1917. Nr. 3.

Königstein beobachtete im venerischen Zentralspital Nyitra eine Ulcus molle-Epidemie mit verschiedenartigen Autoinokulationen; wichtig erscheint ihm der Nachweis der Ducreyschen Bacillen, besonders bei entzündlichen Phimosen, ferner differentialdiagnostisch gegenüber Ulcera pseudovenerea, Tuberk. usw. Die Methode der Inokulation hat Königstein bei tiefen Geschwüren, Ulcera serpigin. und entzündlichen Phimosen angewendet. Bei zerfallenden, phagedänischen Geschwüren, bei Unzugänglichkeit der Substanzverluste und bei vorbehandelten Fällen läßt die bakteriologische Untersuchung im Stich, in diesen Fällen ist man auf die klinische Beobachtung angewiesen. Die Ulcera mollia teilt der Autor in die oberflächlichen und tiefen Geschwüre ein. Die tiefgreifenden Geschwüre werden vielfach für Lues maligna gehalten. Den tiefen Geschwüren schließt sich die serpiginöse Form an. Auffallend ist, daß tiefgreifende Ulcera mollia, sowie gerade die schwersten serpiginösen Formen ohne Drüsenkomplikation verlaufen. Größere Schwierigkeiten in diagnostischer und therapeutischer Beziehung bilden die entzündlichen Phimosen, wenn es nicht gelingt, durch Dehnung des Umschlag-

randes ein Geschwür zur Ansicht zu bringen und andere verwertbare Begleitsymptome fehlen. Viktor Bandler (Prag).

Kotschwar, A. Ein Fall von nichtspezifischem Vulvageschwür. Wien. klin. Wochenschr. 1917. Nr. 47.

Bei einer wegen Lues in Behandlung stehenden 22jährigen Patientin entwickelt sich an der Vulva ohne bekannte Ursache und Ätiologie ein Geschwür, das außer großer Progredienz keine typischen Merkmale zeigt; nach $2^1/_2$ Monaten heilt es ab. Das Geschwür hatte gewisse Ähnlichkeit mit dem Ulcus chron. vulvae (Esthiomene) und dem Ulcus acutum vulvae (Lipschütz) unterscheidet sich aber von dem Ulcus vulvae chronic. durch den Mangel der elephantiastischen Hypertrophie und den benignen Verlauf, von dem Ulcus vulvae acut. durch die längere Dauer und durch das Fehlen der grampositiven Stäbchen. Viktor Bandler (Prag).

Odstrčil, J. Über moderne Behandlungsarten der Bubonen nach Ulcera mollia. Wien. med. Wochenschr. 1917. Nr. 52.

Zur nichtoperativen Behandlung von Bubonen empfiehlt Odstrčil Injektionen mit a) Staphylokokkenvaccine, b) steriler Na. nucleinicum-Lösung intraglutäal oder intravenös und c) mit steriler Milch. Nach des Autors Meinung kann die temperaturerhöhende und die die Leukocytose fördernde Komponente allein die Heilung nicht bewirken. Es dürften noch andere Faktoren mitspielen. Viktor Bandler (Prag).

Lenartowicz, J. Über Ulcus vulvae acutum (Lipschütz). Wien. klin. Wochenschr. 1917. Nr. 9.

Der Autor beobachtete bei einer 16jährigen Virgo ein ungemein schmerzhaftes Geschwür am großen Labium; das Labium war gerötet, das Geschwür mit eitrig schleimigem graugelbem Sekret bedeckt, die Geschwürsränder wie ausgefressen, unterminiert. Andere Geschwüre ähnlicher Art fanden sich am kleinen Labium und der hinteren Commissur. Die Inguinaldrüsen nicht vergrößert. Die mikroskopischen Präparate zeigten grampositive kurze dicke Stäbchen, die teils vereinzelt, teils in kurzen Ketten verstreut dalagen. In keinem Präparate fanden sich Ducreysche Bacillen, Bacilli fusif. oder Spiroch. Vincenti. Die Präparate und der Krankheitsverlauf unterschieden sich nicht von der Beschreibung Lipschütz' über das Ulcus vulvae acutum. Viktor Bandler (Prag).

v. Zeissl, M. Über die Infektion eines $2^1/_2$ Jahre alten Knaben mit Ulcus molle. Wien. med. Wochenschr. 1918. Nr. 24.

Zeissl beobachtete bei einem $2^1/_2$ Jahre alten Knaben in der Afterkerbe ein Geschwür von 3 cm Länge und 4 cm Breite, über dessen Entstehung die Mutter keine Auskunft geben konnte. Der Rand war unterminiert, das Geschwür sezernierte reichlich und wies die Ducreyschen Bacillen auf. Eine Überimpfung konnte nicht gemacht werden. Viktor Bandler (Prag).



Nicht venerische Erkrankungen der Harn- und Geschlechtsorgane.

Glingar, A. Zur Klinik und Endoskopie der artifiziellen Urethritis. Wien. klin. Wochenschr. 1918. Nr. 11.

Glingar erörtert alle Merkmale der artifiziellen Urethritis, Aussehen des Urins, das mikroskopische Bild des Ausflusses, die endoskopischen Merkmale usw. und gibt hierzu seine Erfahrungen bekannt.

Viktor Bandler (Prag).

Mathes, P. Zur Heilung der Kraurosis vulvae. Wien. klin. Wochenschr. 1918. Nr. 37.

Mathes erzielte bei 2 Fällen von Kraurosis durch Behandlung mit dem Glüheisen bis an die gesunde Haut heran vollständige Heilung. Viktor Bandler (Prag).

Rost. Über Harnverhaltung bei Kindern, ohne mechanisches Hindernis. Münch. med. Wochenschr. 1918. Nr. 1. p. 14.

Die getrennte Lokalanästhesie des N. pudendus an der Spina ischiadica und der sympathischen Äste um die Prostata herum hat sich bei länger dauernder Harnverhaltung ohne mechanisches Hindernis bewährt. Das Hindernis war in einer Funktionsstörung des Sphincter internus zu suchen. Alfred Perutz (Wien).

Bettmann. Die Käfigsonde und ihre Verwendung. Münch. med. Wochenschr. 1918. Nr. 3. p. 77.

Als Käfigsonde wird eine Metallsonde bezeichnet, deren vorderer hohler mit einer großen Zahl Löcher versehener Teil angeschraubt ist. Dieser Käifg dient zur Aufnahme von Medikamenten (Ortizon). Mit Ortizon wird sie als Provokationsmittel empfohlen.

Alfred Perutz (Wien).

Kraepelin. Geschlechtliche Verirrungen und Volksernährung. Münch. med. Wochenschr. 1918. Nr. 5. p. 117.

Unter den geschlechtlichen Verirrungen, d. s. alle Betätigungen des Geschlechtstriebes, die eine Erreichung des Fortpflanzungszieles vereiteln, üben Onanie und Homosexualität einen ungünstigen Einfluß auf die Volksvermehrung aus. Homosexualität kommt bei psychopathischen Individuen durch Einwirkung ungünstiger geschlechtlicher Erlebnisse auf einen unreifen, früh erwachenden, schlecht beherrschten Geschlechtstrieb zustande. Homosexualität und Bisexualität bedeuten das Stehenbleiben der seelischen Geschlechtsentwicklung auf einer der verschiedenen Stufen, die auch das gesunde Geschlechtsleben zu durchlaufen pflegt. Den Austritt zur Entwicklung der Homosexualität gibt die Onanie, Verführung und die Anknüpfung frühzeitiger lebhafter geschlechtlicher Regungen an gleich geschlechtliche Beziehungen. Alkohol wirkt begünstigend.

Alfred Perutz (Wien).

Hesse. Die Bewertung der epiduralen Injektion bei Enuresis nocturna. Münch. med. Wochenschr. 1918. Nr. 5. p. 130.

Epidurale Injektionen nach Cathelin von 10—30 ccm NaCl-Lösung sind bei allen drei Hauptgruppen der Enuresis (monosymptomatische Hysterie, funktionelles Degenerationsstigma, organische Veränderung) wirksam, weil diese Therapie eine sowohl suggestive als auch eine mechanische Wirkung entfaltet.

Alfred Perutz (Wien).

Steinasch und *Lichtenstern.* Umstimmung der Homosexualität durch Austausch der Pubertätsdrüsen. Münch. med. Wochenschr. 1918. Nr. 6. p. 145.

Der Einfluß der Pubertätsdrüsen stellt sich als Resultat zweier Leistungen dar: Förderung der homologen und Hemmung der heterologen Geschlechtsmerkmale. Wenn man einem infantilen männlichen Kastraten Ovarien implantiert, so wird er „feminiert", während umgekehrt ein weiblicher Frühkastrat durch Hodenimplantation „maskuliert" wird. Es erfolgt aber nicht nur eine Änderung der somatischen Geschlechtscharaktere, sondern auch eine Umstimmung des zentralen Nervensystems, in dem Sinne, als das feminierte Männchen in weiblicher Richtung, das maskulierte Weibchen in männlichem Sinne „erotisiert" wird. Wenn Pubertätsdrüsen beiderlei Geschlechts in einem und demselben Individuum zur Entwicklung und zum Einfluß kommen, entsteht ein somatischer und psychischer Hermaphroditismus. Die Unterscheidung des Hermaphroditismus verus vom Pseudohermaphroditismus ist unbegründet. Die verschiedenen Zwittererscheinungen sind auf das Entstehen einer „zwittrigen Pubertätsdrüse" zurückzuführen, als Folge einer unvollständigen Differenzierung der embryonalen Keimstockanlage. Als praktisches Ergebnis dieser experimentellen Forschung wird die Krankengeschichte eines Homosexuellen mitgeteilt, der psychisch und somatisch durch die Implantation eines gesunden Hodens geheilt wurde.

Alfred Perutz (Wien).

Schmalfuß. Über Persistenz der Spermatozoen nach Kastration. Ärztl. Sachverst.-Ztg. 1919. Heft 21.

Bei der Autopsie eines männlichen $6^1/_2$ Monate vor dem Exitus kastrierten Pseudo-Hermaphroditen wurden in den Samenbläschen noch zahlreiche, im Schnitt gut färbbare Spermatozoen nachgewiesen. Es liegt demnach die Möglichkeit einer Befruchtung durch einen Kastraten auch längere Zeit nach der Operation vor, falls von dem Zeitpunkt der Kastration bis zu dem in Betracht kommenden Beischlaf keine Ejakulation stattgefunden hat. Franz Bacher (Breslau).

Zieler, Karl. Nierenschädigungen ohne Eiweiß. Dtsch. med. Wochenschr. 1919. Nr. 15.

In allen unklaren Fällen hält Zieler eine Prüfung der Nierenfunktion durch Wasserausscheidungs- und Konzentrationsversuch für notwendig. Wo die syphilitische Infektion lange zurückliegt, ist



auch die Untersuchung von Herz und Gefäßen, eventuell durch Röntgen geboten. Die bei Hg-Kuren erscheinende umkomplizie te Zylindrurie verschwindet von selbst in 2—3 Monaten, nimmt bei späteren Kuren ab und stellt den leichtesten Grad einer toxischen, durch die Quecksilberausscheidung entstehenden Nierenschädigung dar. Die durch Hg bewirkte Eiweißausscheidung ist hingegen eine ernstere Erscheinung, die auf einer Schädigung des Bezirks der Glomeruli beruht. Verf. pflichtet Tröscher bei, daß in der zweiten Hälfte einer Quecksilberkur der Urinsatz auch mikroskopisch untersucht werden müsse. Mas Joseph (Berlin).

Plehn. Über große Aderlässe, besonders bei Lungen- und Niereninsuffizienz, sowie über diese. Dtsch. Arch. f. klin. Med. Bd. CXXIV. 1917. p. 321.

Bei Niereninsuffizienz, für die gesteigerter Blutdruck der Indicator ist, haben große Aderlässe gute entgiftende Wirkung. Aderlaß bei allen Nierenschädigungen angezeigt, wenn nicht andere Kontraindikationen vorhanden sind (Anämie). Kurt Wiener (Breslau).

Kirchberg. Erfahrungen bei Blasenschwäche und Harnträufeln mit Hexal Riedel. Dtsch. med. Wochenschr. 1919. Nr.14

Die zahlreichen Fälle von Blasenschwäche, welche Kirchberg als Bataillonsarzt beobachtete, waren durch Kälte und Feuchtigkeit im Graben entstanden. Neben Bettruhe und Wärme tat zur Heilung des Übels Hexal, 4mal täglich eine Tablette zu 0,5, ausgezeichnete Dienste. Meist schon in 8 Tagen alle Beschwerden behoben. Zur Prophylaxe wurde den Patienten ein Röhrchen mit 20 Tabletten mitgegeben und das Tragen einer wollenen Leibbinde angeraten.

Max Joseph (Berlin).

Kappis, Max. Die nicht spezifische primäre Epididymitis. Dtsch. med. Wochenschr. 1919. Nr. 20.

Neben jenen Entzündungen der Epididymis, welche durch Infektionskrankheiten, toxische, traumatische oder nervöse Reize entstehen, sah Kappis etwa 10 Fälle von akuten, subakuten und chronischen Epididymitiden, bei welchen sich die gewöhnlichen Eitererreger fanden, ohne daß ein Ausgangspunkt oder eine Ursache für die Erkrankung zu erkennen war. Die Bakterien, unter denen das Bacterium coli überwog, kamen meist über das Vas deferens aus der Urethra, welche neben harmlosen Keimen stets auch Staphylokokken, Streptokokken usw. beherbergt. Schmerzen in der Appendixgegend und reflektorische Bauchdeckenspannung täuschten manchmal Appendicitis vor. In einem Falle wurde durch sorgfältigste Nachforforschung 6 Tage nach der Aufnahme eine 6 Monate zurückliegende, mit Spülungen behandelte Cystitis als Grundursache festgestellt. Therapeutisch sind die gleichen Maßnahmen wie bei anderen Epidymitiden, bei starker Schwellung oder Absceßbildung Incision, zur Verhütung von Rezidiven Tragen eines Suspensoriums ratsam. Bei subakuten und chronischen Formen muß oft eine Probeincision die



die Diagnose klarstellen. Wenn irgend möglich, vermeide man eine Kastration und versuche durch Resektionen, Röntgenbestrahlung oder Jodkali zu helfen. Max Joseph (Berlin).

Baetzner, Wilhelm. Beitrag zur südafrikanischen Bilharziosis. Dtsch. med. Wochenschr. 1919. Nr. 22.

Die Erkrankung begann mit Schmerzen in der Harnblase und der Entleerung sandiger Körper beim Urinieren. Durch Cystoskopie stellte Baetzner am Vertex der Blase in dunkelbrauner Schleimhaut sandartige, hellglänzende, gelbliche Körnchen fest, hinter dem Orificium internum rundliche Vorbuckelungen mit schwarzen Gebilden, welche sich als Saugwürmer erwiesen. Die Eierablagerungen derselben bewirkten die pathologischen Veränderungen in Blase und Ureteren. Es handelte sich unverkennbar um eine parasitäre Erkrankung durch das Distomum haematobium, um eine Bilharziacystitis. Max Joseph (Berlin).

Oehler, J. Zur Diagnosenstellung bei vorgeschrittenen Fällen von Nierentuberkulose und ihrer operativen Behandlung. Dtsch. med. Wochenschr. 1919. Nr. 22.

Zur Feststellung der Nierentuberkulose empfiehlt Oehler nach folgenden Symptomen zu forschen: Wie oft muß der Patient nachts urinieren? (Hauptsymptom der Schrumpfblase.) Ist initiale Blutung im Harn? Schmerzen in der Nierengegend? Hat der Urin weißlich trübes Aussehen mit gelblich grünem eitrigem Sediment? (Mikroskopische Untersuchung ergibt Leukocyten ohne sonstige Formelemente.) Gleichzeitige Palpation der Nieren auf Druckempfindlichkeit. Funktionelle Nierendiagnostik wird mit Indigocarmin oder Kryoskopie des Blutes ausgeführt. Bei der Cystoskopie rät Verf., das doppelläufige Ureterencystoskop bei nicht genügender Blasendehnung nur mit einer Sonde zu beschicken und den Kanal für die zweite Sonde zur permanenten Irrigation zu benutzen. Ist bei dieser Methode die Diagnostik nicht zu stellen, so greift man zur doppelseitigen Freilegung der Niere. Zweimal beobachtete Verf. bei vorgeschrittener Blasentuberkulose eine Perforation der tuberkulösen Schrumpfblase mit dem Cystoskop. Hierbei bewährte sich die Drainage der Blase durch den Ureterstumpf nach der notwendig gewordenen Laparotomie.

Max Joseph (Berlin).

Karo, Wilhelm. Die Tuberkulose der Harnorgane. Dtsch. med. Wochenschr. 1919. Nr. 24.

Die Nierentuberkulose ist nach Karos Erfahrungen eine hämatogen entstandene Infektion zunächst einer Niere. Frühzeitige radikale Operation kann daher meist eine Erkrankung der anderen Niere verhüten und den Patienten heilen. Die ersten Symptome sind gewöhnlich Störungen der Harnentleerung, häufiger Harndrang besonders nachts, Polyurie bei klarem Harn, später Brennen und krampfartiges Drängen in der Blase. Das gute Aussehen der Patienten kann oft den Arzt täuschen. Enthält der Harn keine Tuberkelbacillen, so



kann durch subkutane Tuberkulininjektion die Diagnose festgestellt werden, jedoch nur bei fieberfreien Fällen. Das Tierexperiment bleibt häufig negativ. Verf. berichtet über einen Fall, wo der eitrige Harn keine Tuberkelbacillen aufwies, der Kulturversuch negativ verlief, Tuberkulininjektion aber eine deutliche Herdreaktion hervorrief, worauf die Operation vorgeschrittene Tuberkulose der linken Nieren klarlegte. Die Kost der Kranken sei reichlich, gemischt, arm an Salz und Gewürzen, wenig Flüssigkeitszufuhr, kein Alkohol. Als Klima wirkt das Hochgebirge günstig, wenn die erkrankte Niere noch nicht zur Eiterung gekommen ist, aber zur Nachbehandlung operierter Fälle ist spezifische Behandlung mit Tuberkulin, Nastin, Hetol, Chinin, Guajacol oder Lecithin anzuraten. Max Joseph (Berlin).

Neufeld, Ludwig. Über ein hämolytisches Phänomen des Harns bei chronischer Nephritis. Berl. klin. Wochenschr. 1919. Nr. 49. p. 1159.

Bei einem Syphilitiker mit Nephrit. chron. und $7^0/_{00}$ Alb. im Harn (Blut Wa.R. ++++) war der Harn aktiv und inaktiv negativ. Es ergab sich, daß er eine stark wirkende hämatotoxische Substanz enthielt, die, auch in Verdünnung mit NaCl, Hammel- und Rinderblut, nicht aber Menschen-, Meerschweinchen-, Kaninchenblut löste. Diese Substanz war hitzebeständig, sogar beim Kochen, dialysabel und durch Alkohol, Äther, Chloroform nicht zu extrahieren. Klinische Beobachtung ergab, daß diese Harnerscheinung nichts mit Syphilis zu tun hat, sich häufig bei schwerer Nephritis findet, nie im normalen Harn, auch nicht nach Medikamenten; meist sind urämische Attaquen vorhanden gewesen, gewöhnlich sehr bedrohlicher Art, so daß die Erscheinung als ominös gelten kann. Es ist noch nicht gelungen, die hämatolytische Substanz zu definieren. Krakauer (Breslau).

Hofmann, Willy. Die Behandlung und die Differentialdiagnose der Harnverhaltungen. Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. 1919. Nr. 4.

Besprechung der einzelnen Ursachen der Harnverhaltung bei beiden Geschlechtern. Bemerkenswert ist im wesentlichen die Empfehlung der Anästhesie mit 3 proz. Alypinlösung mit Adrenalinzusatz vor dem Katheterismus, ferner die Anästhesie mit Eucupin in öliger Lösung, das den Vorteil der Gleitwirkung hat. Gelingt der Katheterismus nicht, so wird die capilläre Blasenpunktion warm befürwortet. Kurt Wiener (Breslau).

Karo, Wilhelm. Konkrementbildung in den Harnorganen. Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. 1919. Nr. 13.

Fortbildungsvortrag. Zum Referat nicht geeignet. Kurt Wiener.

Adler. Beiträge zur Pharmakologie der Beckenorgane. Untersuchungen an der überlebenden Froschblase. Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. Bd. XXXIII. p. 248.

Nicotin: 1 : 25 000 wirkungslos, 1 : 2500 stark erregend; Cocain 1 : 25 000 stets erregend, 1 : 1000 bis 1 : 3000 stark hemmend.



Atropin sulf. 1 : 250 bis 1 : 5000 erregend (meist nach der Tonussteigerung hochgradige Hemmung). Adrenalin wirkt in großen und kleinen Dosen meist hemmend. Rudolf Spitzer (Breslau).

Ederle. Über Klitoriscarcinom (über einen Fall von primärem Carcinom der Klitoris auf Grund eines 15 Jahre bestehenden Papilloms). Zeitschr. f. Geburtshilfe u. Gynäkol. 1919. Bd. LXXXI.

Beschreibung eines Falles von Klitoriscarcinom bei einer Nulliparen. 15 Jahre vorher Papillom der Klitoris ärztlich festgestellt. Zusammenstellung von in Literatur beschriebenen Fällen, der ätiologischen Momente und der Therapie. Hammel (Breslau).

Landau, Th. Narbenkrebs in der Scheide. Zentrabl. f. Gynäkol. 1919. Nr. 23.

Auftreten eines medullären Carcinoms 24 Jahre nach Radikaloperation wegen eitriger Adnexerkrankung. Besprechung ähnlicher in Literatur beschriebener Fälle. Leo Hammel (Breslau).

Labhardt, A. Zur Frage der Ätiologie der Vaginitis simplex. Zentralbl. f. Gynäkol. 1919. Nr. 47.

Als neues ätiologisches Moment nimmt Verf. eine Dysfunktion der Ovarien an.

1. Übergang abnormer ovarieller Stoffe ins Blut.
2. Abnorm vermehrter Übergang normaler ovarieller Produkte.
3. Fehlender Übergang normaler Stoffe.
4. Kombination dieser Momente.

Fehlen die normal übergehenden Stoffe im Blut, so kann durch Darreichung von Ovarienpräparaten Besserung oder Heilung zu erzielen sein. Hammel (Breslau).

Norgaard, A. Über eine quantitative Methode zur Bestimmung von Eiter im Urin pyelitiskranker Kinder mittelst Wasserstoffsuperoxyd. Zeitschr. f. Kinderheilk. 1916. Bd. XIII. p. 244.

Verf. benutzt die Eigenschaft des in den Eiterzellen enthaltenen Enzyms (Katalase) H_2O_2 zu zersetzen zur quantititativen Bestimmung der im Urin enthaltenen Eiterkörperchen. Die entwickelte Luftmenge ist proportional mit der Anzahl der Zellen. Norgaard empfiehlt zum Nachweise einen Pyrometer, der U-förmig gebogen, aus einem kürzerem und längeren Schenkel und einem gewellten Mittelstück besteht. Mit Leichtigkeit kann er in jedem Spitallaboratorium zusammengestellt werden. Martin Friedmann (Breslau).

Lohnstein. Urethroskop zur Hochfrequenzbehandlung von Affektionen der Harnröhre und des Blasenhalses. Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. 1914. Nr. 11.

Urethroskop nach Goldschmidt mit Hochfrequenzsonde. Angefertigt von der Firma L. H. Löwenstein, Berlin.

Kurt Wiener (Breslau).



Bachem, C. Aphrodisiaca und Antaphrodisiaca (Pharmakotherapie des praktischen Arztes. Med. Klin. 1917. Nr. 33. p. 894.

Auf das vorliegende Kapitel aus Bachems Pharmakotherapie des praktischen Arztes sei an dieser Stelle hingewiesen. Er berichtet mit kurzer Betonung ihrer Bedeutung über die in der Überschrift angeführten Mittel. Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Knack, A. V. Über Erkrankungen der ableitenden Harnwege bei Soldaten mit besonderer Berücksichtigung der Nierenfunktion. Med. Klin. 1917. Nr. 46/47. p. 1212 u. 1241.

Knack beschäftigt sich in dem ersten Abschnitt seiner Arbeit mit den Erkrankungen des Nierenbeckens. Sie kommen offenbar nicht zu reichlich vor und ihr Auftreten ist nicht mit dem Kriege in Zusammenhang zu bringen. Knack sah nur zwei Fälle genuiner Pyelitis, für die sich eine vorangegangene Infektion ascendierender oder descendierender Art nicht nachweisen ließ. Bei den übrigen Fällen handelte es sich entweder um Pyelitiden hämatogen bedingter Natur im Verlaufe von Infektionskrankheiten oder um Wiederaufflackern und Progredientwerden älterer chronischer Leiden.

Eine große Bedeutung beanspruchen auch die Erkrankungen der Harnblasenfunktion bei Kriegsteilnehmern. Man kann diese Fälle in folgendem Schema unterbringen: I. Blasenstörungen aus kongenitaler Ursache. Enuresis. II. Blasenstörungen aus traumatischer Ursache. 1. Direkte Blasenverletzung (Schuß, Stich, Quetschung u. dgl.); 2. Miktionsanomalien nach Traumen, die a) der Blase benachbarte, b) entferntere Körperteile treffen (besonders Schädigungen des Zentralnervensystems). III. Blasenstörungen aus infektiöser Ursache. 1. Cystitis, a) ascendierend, b) descendierend; 2. Miktionsanomalien nach Infektionskrankheiten. IV. Blasenstörungen als Begleitsymptom von nicht traumatischen Erkrankungen des Zentralnervensystems. V. Blasenstörungen aus nicht bestimmt faßbarer Ursache (Erkältung und Durchnässung). 1. Pollakurie; 2. Harnträufeln; 3. schwere dauernde Inkontinenz. VI. Mischformen. Gruppe I der Fälle, für die Verf. mehrere Beispiele anführt, bietet für den Kenner der einschlägigen Literatur nichts Neues. Regelmäßige Röntgenuntersuchungen gestatteten nur in wenigen Fällen eine Spaltbildung des Kreuzbeines im Sinne von Fuchs und Mattauschek zu beobachten.

Besonders die Gruppe V kam häufig zur Beobachtung. Für einen Teil dieser Fälle hat der Erklärungsversuch von Fuchs und Gross Geltung, daß es sich um einen (rheumatisch bedingten) Hypertonus des Detrusors, eine Art Blasenstarre, bei normalem Tonus des Sphinkters handele. Aber es gibt genügend Fälle, bei denen das von Fuchs und Gross angeführte Symptom, der Unmöglichkeit, die Blase mit einer größeren Menge Flüssigkeit zu füllen, nicht festgestellt werden konnte. Zur Feststellung des Grades der Blasenschwäche



empfiehlt sich die einfache Methode der Blasenfüllung mit körperwarmer, nicht reizender Flüssigkeit (2 proz. Borwasser, physiologische Kochsalzlösung). Bei der Pollakiurie ist nach Entfernen des Katheters die Blase zunächst kontinent, es stellt sich aber in kurzer Zeit heftiger Urindrang ein, beim Harnträufeln entleert sich die Blase gleich in kleinen abfließenden Portionen, während bei völliger Inkontinenz die injizierte Flüssigkeit sofort in starkem Strahl aus der Blase wieder herausströmt.

Die Beobachtung der Nierenbecken- und Blasenerkrankungen gaben dem Autor die Möglichkeit, Untersuchungen darüber anzustellen, inwieweit die Nierenfunktion durch Erkrankungen der ableitenden Harnwege beeinflußt werde. Geprüft wurde die Wasserausscheidung und Konzentrationsfähigkeit sowie die Stickstoffunktion. Es wurden sowohl bei den Erkrankungen des Nierenbeckens wie bei denen der Blase Nierenfunktionsstörungen meist leichteren Grades beobachtet. Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Sternheim, Ludwig. Eine seltene Verletzung des Hodens. Med. Klin. 1917. Nr. 14. p. 398.

Der Patient Sternheims stieß sich mit dem Hoden an einen Schranken und bekam an der Stelle der entstandenen Hautwunde einen kirschgroßen sehr empfindlichen Tumor. Der Verf. nimmt an, daß durch den Stoß ein Einriß der Tunica albuginea entstanden ist, durch den sich Hodensubstanz durchgezwängt und abgeschnürt hat.

Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Praetorius, G. Weiteres über Mammin und Kollargol bei Blasenpapillomen. Med. Klin. 1917. Nr. 13. p. 370.

Es handelt sich bei der von Praetorius beschriebenen Therapie um die intravenöse Applikation von Mammin-Poehl zur Stillung von Blutungen und um die intravesicale Injektion von 20 proz. Kollargollösung zum Zwecke der Nekrotisierung ganzer Papillome oder wenigstens eines Teiles der Zotten. Das Mammin wird — nur intravenös — je eine Ampulle an zwei aufeinanderfolgenden Tagen eingespritzt. Das Kollargol injiziert der Verf. an 3 aufeinanderfolgenden Tagen, je mindestens 10 ccm der 20 proz. Lösung in die bis auf den letzten Tropfen entleerte Blase. Er läßt es darin mindestens eine Stunde. Besonders bei langen fransenförmigen Papillomen ist die Wirkung eine sehr gute.

Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Wille, Otto. Trichomonas-Kolpitis. Nachbehandlung mit Einpuderung. Med. Klin. 1918. Nr. 21. p. 520.

Wille hat die Angaben von Hoehne (Zentralbl. f. Gynäkol. 1916. Nr. 1; Jahreskurs. f. ärztl. Fortbild. 1916. Juliheft) einer Nachprüfung unterzogen und stellt an seinem Krankenmaterial fest, daß von 183 wegen Scheidenkatarrh untersuchten Frauen, 74 allein ihren Ausfluß durch Trichomonas vaginalis hatten, gegenüber 21, die an Tripper litten oder tripperverdächtig waren. Hoehne behandelt



mit antiseptischen Spülungen und Zurücklassen vom 10proz. Soda- oder Boraxglycerin. Diese Behandlung wirkt zunächst günstig, aber Rezidive folgen bald. Gute Dauererfolge erreicht man durch Nachbehandlung mit Einpuderungen von Natrium bicarbonicum, Bolus alba zu gleichen Teilen. Bei dieser Methode ist eine Wegspülung des Pulvers durch den Irrigator nicht vonnöten, da das Pulver sich im Scheidensekrete löst. Wille läßt die Applikation in dem von ihm angegebenen Siccotubus vor sich gehen. Zur Desinfektion und Reinigung der Scheide gebraucht er nicht mehr Sublimatlösung, sondern die von ihm angegebene Instrumentenflüssigkeit: Borax 10, Ac. carbol. liqu. 30, Formalin, aqu. dest. 1000.

Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Martenstein, Hans. Induration penis plastica und Dupuytrensche Contractur. Med. Klin. 1920. Nr. 8. p. 207.

An der Hand zweier Krankenbeobachtungen, die beide neben einer Dupuytrenschen Contractur der Palmaraponeurose eine Induratio penis plastica aufwiesen, bestätigt Martenstein den von O. Stein (Wien. klin. Wochenschr. 1909. Heft 52. p. 1820) ausgesprochenen Satz: „Auf Grund des klinischen und pathologisch-anatomischen Befundes besteht zwischen den sklerosierenden Fasciitiden, Induration penis plastica und Dupuytrenscher Contractur, ein sehr naher Zusammenhang. Ihre gemeinsame Ursache ist noch unbekannt. Jedenfalls kommt die Gicht als solche nicht in Betracht."

Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Stern, K. Harnverhaltung bei Prostataatrophie. Med. Klin. 1918. Nr. 13. p. 317.

Stern berichtet über zwei Fälle von Harnverhaltung bei Atrophie der Prostata. In beiden Fällen konnte die „atrophische Prostata" nicht als Ursache der Harnverhaltung angesehen werden, vielmehr wurden die Störungen der Harnentleerung infolge des Prostataschwundes durch Veränderungen in der Drüsenkapsel verursacht. Dieselbe war in beiden Fällen verdickt und vor allen Dingen so starrwandig, daß sie auch nach Spaltung ihrer ganzen vorderen Wand (parallel dem Verlauf der Harnröhre), ihre Kapselform beibehielt.

Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Bloch, Iwan. Neue Beobachtungen über die spezifische Wirkung von Testogan und Thelygan. Med. Klin. 1918. Nr. 13. p. 319.

In einer dritten Mitteilung äußert sich Bloch über die Wirkung der Organpräparate „Testogan" und „Thelygan". In Betracht kommen sie bei bestimmten Formen der Impotenz, zur Beeinflussung der sekundären Geschlechtsmerkmale, bei bestimmten Menstruationsstörungen, auch bei manchen Erschöpfungsneurosen.

Bei Verwendung von Organpräparaten hat der Arzt auf den Toleranzgrad des einzelnen Patienten und auf eine etwa vorhandene

Idiosynkrasie besonders von seiten des Herzens und der Nieren zu achten. Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Gross, Oskar. Über scheinbar durch Polyurie hervorgerufene Blasenstörungen. Med. Klin. 1918. Nr. 43. p. 1053.

Gross betont, daß sich bei den wegen sogenannter Blasenschwäche sich krankmeldenden Soldaten, wenn man von den Simulanten absieht und von denen, bei denen organische Veränderungen die Blasenstörungen verursachen, es sich vielfach nicht um Pollakiurie handelt, sondern um Polyurien, daß vielfach diese Kranken nur deswegen so oft urinieren, weil sie sehr viel Urin produzieren. Vielfach ist die Ursache eine Polydypsie, vielfach auch eine, wahrscheinlich funktionelle, Störung der Nieren, bei der es infolge einer Kombination der Verzögerung und gleichzeitigen Vermehrung der Wasserausscheidung zu dem Bilde der Poly-Nyktiurie kommt.

Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Mohr, Fritz. Über die Behandlung der militärisch eingezogenen Blasenkranken. Med. Klin. 1918. Nr. 34. p. 831.

Mohr hatte so gute Erfolge mit der von ihm ausgeübten psychischen Behandlung der militärisch eingezogenen Blasenkranken (Bettnässen, Pollakiurie und verwandte Störungen), daß er es für zweckmäßiger hält, derartige Kranke auf neurologische Stationen zu legen, wo die psychische Behandlung sachgemäß ausgeführt wird. Auch die nicht ganz seltenen Fälle von sexueller Neurasthenie mit Spermatorrhöe, Prostatorrhöe und ähnlichen lokalen, aber im Allgemeinzustand begründeten Symptomen sollen mehr als bisher auf die Nervenstationen gelegt werden.

Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Naber, J. Über Blasenneurosen (Pollakiurie, Incontinenz, Enuresis, Retentio urinae). Med. Klin. 1918. Nr. 34. p. 832.

Naber behandelte in der Zeit von drei Monaten 50 Blasenfälle bei Soldaten. Von diesen hatten nur drei ein organisches Leiden, die übrigen 47 hatten eine Blasenneurose und zwar 29 Enurisis nocturna, davon 19 angeboren, der Rest litt an Pollakiurie oder Inkontinenz. Nur 4 Pollakiuriker von diesen 47 Kranken bedurften der Lazarettaufnahme, die übrigen wurden ambulant behandelt. Sämtliche 47 wurden geheilt, und zwar durch ein bis drei Sitzungen mit fachmännischer neurologischer Behandlung. Solche Patienten gehören nicht auf die Blasenstation, sondern auf die Nervenstation. Die Behandlung bestand in Psychotherapie mit Faradisation der Blase von außen. Der Hauptwert ist auf die psychische Behandlung zu legen.

Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Paschkis, Rudolf. Urologisch-kasuistische Mitteilungen. Med. Klin. 1918. Nr. 31. p. 756.

Paschkis berichtet über eine Anzahl von ihm beobachteter urologischer Fälle, einige Schußverletzungen des Hodens, einen Fall



von Harninfiltration schwerster Art usw. Von besonderem Interesse ist ein Fall von abscedierender Orchitis bei Gonorrhöe. Den Schluß bildet die Mitteilung eines Falles von akzessorischem Gang an der Unterseite des Penis. Die Länge des Ganges betrug etwa 6 cm.

Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Werler. Über Blasenneurose, Pollakiurie und Incontinentia vesicae bei Kriegsteilnehmern und ihre Behandlung. Med. Klin. 1917. Nr. 23. p. 637.

Werler hält die Behandlung der Blasenneurose der Kriegsteilnehmer für eine keineswegs undankbare Aufgabe. Das erste ist im Lazarett, dem Kranken alle Vorteile einer rationellen Blasenhygiene und Diätetik zuteil werden zu lassen: Bettruhe, Wärme, Beschränkung der Flüssigkeitszufuhr. Gleichzeitig ist Wärme in Form von Thermophoren auf die Blasengegend oder Umschlägen anzuwenden. Die Füße sind auch durch geeignete Maßnahmen warm zu halten. Einen sicheren Nutzen hat auch die Hochstellung des Bettfußendes zur Nachtzeit. Innerlich können Antirheumatica (Acetylen, Aspirin usw.) und Antineuralgica (Pyramidon, Phenacetin usw.) von Nutzen sein. Als Sedativa kommen Brom, Kodein und Opiumtinktur in Betracht. Zu empfehlen sind die von Fuchs erprobten Blasenspülungen mit allmählicher Temperatursteigerung (24—45° C) der Spülflüssigkeit. Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Hilgenreiner, H. Ein Fall von Hydrocele funiculi communicans mit cystischem Ventilverschluß. Med. Klin. 1917. Nr. 21. p. 575.

Genaue Beschreibung des seltenen in der Überschrift bezeichneten Operationsbefundes. Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Sieben, Hubert. Die Störung der Blasenfunktion bei Myelodysplasie. Dtsch. med. Wochenschr. 1920. Nr. 3.

Während die auf nervösen Ursachen beruhende funktionelle Enuresis therapeutischen Maßnahmen, wie Wärme, verminderte Flüssigkeitszufuhr, Bromdarreichung zugänglich ist, trotzen die Fälle von Blasenstörungen, welche von Organveränderungen herrühren, wie Sieben an der Hand mehrerer Krankengeschichten nachweist, jeder Behandlung. Man versäume daher nie, nach solchen organischen Schäden zu forschen, ehe man den Patienten mit aussichtslosen Verordnungen quält. Abnormitäten oder Spaltbildungen in der Kreuzbeingegend, eingezogene runde Grübchen in der Nähe der oberen Sakralwirbel oder des Sakralcoccygealgelenks, die eine rudiementäre Spaltbildung darstellen, deuten auf Myelodysplasie hin, bei welcher der Blasenautomatismus und oft auch die Hypofunktion des Sphincter internus konstant ist. Bei solchen Patienten besteht nicht nur eine unheilbare Enuresis, sondern oft ist auch mit größter Vorsicht und Energie bei Tage das Durchnässen der Kleider nicht zu vermeiden. Eine Analogie zur Myelodysplasie bildet die Kompres-



sionsmyelitis, die zu einer Läsion des spinalen Blasenzentrums führt. Max Joseph (Berlin).

Rohleder. Organtherapie des Prostatismus (Prostatahyper- und atrophie). Dtsch. med. Wochenschr. 1920. Nr. 3.

Das Testogan, welches Extrakte von Hoden, Prostate, Samenblase, Schilddrüse, Nebenniere und Hypophyse mit Yohimbin enthält übte die beste Wirkung im ersten Stadium des Prostatismus bei akuter Harnverhaltung ohne Residualharn. Aber auch im zweiten Stadium verhinderte das in Tablettenform gegebene Mittel das Auftreten von Residualharn und Cystitis und linderte Drang und Miktionsbeschwerden. Das dritte Stadium ließ sich nicht mehr beeinflussen, wurde aber durch frühere Behandlung wesentlich hinausgeschoben. Das Hormospermin, welches die gleichen Extrakte ohne Yohimbinzusatz enthält, wirkte in gleicher Weise wie Testogan.

Max Joseph (Berlin).

Casper, L. Nierenblutungen, ihre Diagnose, Prognose, ihre pathognomonische Bedeutung und Behandlung. Med. Klin. 1920. Nr. 7. p. 169.

Lesenswerte Abhandlung, zum kurzen Referat nicht geeignet.

Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Adler, A. Über die Miktion Neugeborener und Kinder in der ersten Lebenszeit. Med. Klin. 1920. Nr. 7. p. 185.

Adler berichtet über seine hochinteressanten Versuche, die allmähliche Beherrschung der Urinentleerung klarzustellen. Eine Anzahl Zeichnungen veranschaulichen die Vorgänge, die eingehender in der Dtsch. Zeitschr. f. Nervenheilk. mitgeteilt sind.

Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Weitz, Wilhelm. Über die Behandlung der Enuresis. Med. Klin. 1919. Nr. 32. p. 761.

Weitz, der sich zusammen mit Götz (Med. Klin. 1918. Nr. 30) über das Zustandekommen der Enuresis geäußert hat, geht in der vorliegenden Arbeit auf die von ihm ausgeübte und bei vielen Fällen recht erfolgreiche Therapie ein. Neben der Flüssigkeitsbeschränkung am Abend erfolgte folgende Behandlung: Nach Einführung eines dünnen elastischen Katheters wurde der Urin abgelassen, die Blase zweimal mit 100 bis 200 ccm Argentum nitricum Lösung gespült und neue Argentum-nitricum-Lösung in einer nach der Größe der Blase variieren den Menge von durchschnittlich etwa 150 ccm einlaufen gelassen. Die Entleerung der Blase von der Argentum-nitricum-Lösung wurde dem Patienten erst eine halbe Stunde nach der Füllung erlaubt. Die Konzentration der Lösung betrug gewöhnlich zu Anfang 1 : 4000, später 1 : 3000, bis unter Umständen 1 : 750. Die Behandlung sollte zweimal wöchentlich erfolgen und ausgesetzt werden, wenn das Bettnässen drei Wochen weggeblieben ist. In Fällen, wo diese Behandlung nicht zum Ziele führt, dürfte es sich empfehlen, Bella-



donna und Atropin zu gebrauchen, in schweren Fällen die epidurale Injektion. Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Sieben. Die Ursachen und die Behandlung der Enuresis nocturna. Med. Klin. 1919. Nr. 29. p. 687.

Unter Hinweis auf die Feststellungen Adlers (Über den Druck in der Harnblase, zugleich ein Beitrag zur Funktion des Blasenmechanismus, dessen Physiologie und Pathologie. Mitt. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. 1918. Bd. XXX. Heft 4/5), welche ergaben, daß der kindliche Miktionstypus dem Blasenautomatismus bei isolierter corticaler Blasenzentrumstörung gleicht, bemerkt Sieben, daß wir es bei der Enuresis nocturna mit diesem kindlichen Miktionstypus zu tun haben; es dürfte sich also um ein Hypofunktion des corticalen Blasenzentrums handeln. Es ist nun wahrscheinlich nicht nur das corticale Blasenzentrum ganz oder teilweise außer Funktion gesetzt, sondern auch die übergeordneten Hirnrindenelemente samt ihren Assoziationsbahnen, so daß der Reiz der gefüllten Blase automatisch zur Entleerung führt. Soweit die übergeordneten corticalen Elemente in Betracht kommen, liegt vielleicht ein Ermüdungszustand vor.

Therapeutisch regt der Verf. an, die Flüssigkeitszufuhr herabzusetzen und von 4 Uhr nachmittags an, keine Flüssigkeit mehr zu verabreichen. Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Harttung, H. Über Perityphlitis und Pyelitis. Med. Klin. 1919. Nr. 28. p. 664.

Harttung beschreibt einen Fall von rezidivierender Perityphlitis. Regelmäßig mit dem Einsetzen einer neuen Infektion in und um den Appendix stellten sich die Zeichen einer Pyelitis ein. „Das nette und interessante Bild wurde zweimal klinisch beobachtet.“ Nach der Appendektomie trat nie wieder eine Infektion des Nierenbeckens auf. Nach der Ansicht des Verf. kam hier der ascendierende Weg der Niereninfektion in Frage. Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Pophal, Rudolf. Ungewöhnliche Körpergewichtsschwankungen als Folge einer durch die Kriegskost bedingten Polynykturie. Med. Klin. 1919. Nr. 20. p. 462.

Pophal faßt seine Ausführungen folgendermaßen zusammen: Durch unsere kohlenhydrat-, kochsalz- und wasserreiche Kriegskost können erhebliche Wassermengen retiniert werden. Diese Wassermengen werden verspätet ausgeschieden und erzeugen so das Symptom der Polynykturie. Diese Polynykturie kann so erhebliche Grade erreichen, daß enorme Gewichtsschwankungen bis zu 15 Pfund innerhalb eines Tages resultieren. Es liegen Anhaltspunkte dafür vor, daß die durch die Kriegskost hervorgerufene Störung, die ich kurz Kohlenhydratnährschaden nennen möchte, einerseits dem Mehlnährschaden des Kindes nahe verwandt ist und andererseits ein Vorstadium der Ödemkrankheit darstellt, zu der fließende Übergänge bestehen. Bei disponierten Individuen kann die Polynykturie zur Enuresis nocturna führen. Fritz Juliusberg (Braunschweig).



von Zeissl, M. Über den Krampf des Sphincter vesicae internus. Med. Klin. 1919. Nr. 1. p. 11.

Kurze Ausführungen über die Innervierung des Blasenverschlusses, und über den Krampf des Shpincter vesicae internus mit Bericht über einen einschlägigen Fall. Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Weitz, Wilhelm und Otto *Götz*. Über die Pathogenese der Enuresis. Med. Klin. 1918. Nr. 30. p. 729.

Weitz und Götz haben durch Blasendruckmessungen, wie sie in ähnlicher Weise schon von Genouville (La contractilité du muscle vésical. Paris 1894) und Frankl-Hochwart und Zuckerkandl (in Nothnagels spez. Path. Die nervösen Erkrankungen der Blase) gemacht waren, das Verständnis des ja nicht klaren Vorganges der Enuresis augenscheinlich ganz wesentlich gefördert. Ihre Technik war folgende: Ein breiter graduierter Zylinder war durch einen Schlauch mit im Patienten befindlichen Blasenkatheter in Verbindung gebracht. In den Schlauch war ein T-förmiges Glasrohr eingeschaltet, welches mit einem Manometer in Verbindung stand. Der Schwimmer des Manometers zeichnete Schwankungen auf einer rotierenden berußten Rolle ab. Das ganze System war mit körperwarmer 3 proz. Borsäurelösung gefüllt. Es ergab sich, daß bei allmählicher Füllung der Blase die Manometersteigung langsam zunahm. Diese Druckzunahme kommt zum Teil durch reine Vermehrung der hydrostatischen Druckes infolge allmählichen Steigens des Blasenscheitels, teils durch Steigerung des allgemeinen Bauchdruckes infolge Verkleinerung des Bauchraumes durch die größere werdende Blase zustande. Während der Blasenfüllung treten von Zeit zu Zeit plötzlich Gefühle starken Harndranges auf (Kontraktionsgefühl), die durchschnittlich 3—4 Minuten anhalten und manometrisch von starken Blasendruckerhebungen begleitet sind. Ist eine größere Flüssigkeitsmenge in die Blase geflossen (etwa 5—600), so tritt bleibender Harndrang ein (Dehnungsgefühl). Bei exzessiver Reizbarkeit der Blase treten die Kontraktionsgefühle sehr rasch nacheinander auf und sind sehr schmerzhaft. Patienten mit wirklicher Enuresis haben keine vermehrte Reizbarkeit der Blase. Die erste Druckwelle tritt erst nach mittlerer Füllung ein, aber sie wird nicht empfunden, im Gegenteil: der Patient entleert sogar seinen Blaseninhalt, ohne es zu empfinden, gegen den hohen Druck des Systems. Die Kontraktion kommt beim Enuretiker nicht zur Kenntnis der Großhirnrinde. Es bleibt infolgedessen die vom Großhirn bewirkte Tonusvermehrung des Sphincters aus; es tritt ein Mißverhältnis auf zwischen der Spannung des Detrusors und der des Sphincters, und es kommt zum Randdurchbruch. Bei ausgesprochener Enuresis besteht tags und nachts dieser Zustand. Bei leichteren Formen wird im wachen Zustande eine schwache Empfindung der Kontraktion übermittelt. Die Fähigkeit, das Kontraktionsgefühl zu erlernen, ist abhängig von der Aufnahmefähigkeit des



Gehirns. Diese Annahme erklärt es auch, daß man unter den Enuretikern so viele Patienten mit Entwicklungsstörungen findet (Spina bifida, Epispadie usw.). Bei diesen Patienten sind offenbar die Bahnen, die die Empfindung der Kontraktion nach dem Hirn leiten, mangelhaft entwickelt. Das Auftreten von Enuresis nach Hernienoperationen spricht dafür, daß bei der Operation wahrscheinlich durch Zerrungen des Peritoneums und der Blase die von der Blase zum Rückenmark laufenden feinen Nerven geschädigt sind. Die Tatsache, daß so viele Soldaten in den Schützengräben nach nassem und kaltem Wetter Erscheinungen von Enuresis aufwiesen, wird durch die Tatsache erklärt, daß Nässe und Kälte besonders an den Extremitäten bei vielen Leuten kontraktionsfördernd wirken. Bei durchnäßten und durchkälteten Beinen werden auf den sensiblen Bahnen dem Teile des Rückenmarks sehr starke Reize zugeschickt, der auch die von der Blase ausgehenden sensiblen Bahnen in sich aufnimmt. Der Kältereiz überlagert die schon gegenüber der Norm abgeschwächte Empfindung, genau so, wie auch andere von der Genitalgegend ausgehende Reize ein schwach entwickeltes Blasenkontraktionsgefühl überdecken können (bei Balanitis, Phimose, Rhagaden am After, Oxyuren mit Juckreiz usw.). Auch psychische Erregungen wirken in gleicher Weise. Da nun ein großer Teil der hier in Betracht kommenden Leute als Kinder Enuretiker waren, ist das Wiederaufflackern ihrer Erkrankung unter obigen Zuständen um so leichter begreiflich.

Ist nun das Kontraktionsgefühl der Blase eine Zeitlang außer Funktion gewesen, so ist auch den Bahnen und den Zentren die Aufnahme- und Leitungsfähigkeit verlorengegangen und muß, wie beim Säugling wieder erlernt werden. Die Therapie bei der Enuresis besteht also darin, das Kontraktionsgefühl der Blase zu steigern.

Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Pototzky, Carl. Zur Behandlung der Enuresis nocturna (Campher-Therapie, Milieusuggestions-Methode u. a.). Dtsch. med. Wochenschr. 1920. Nr. 7.

Da die Enuresis nocturna kein einheitliches Krankheitsbild, sondern stets ein Symptom eines körperlichen oder psychischen Leidens ist, warnt Pototzky eindringlich vor allen brüsken Methoden. Auch Galvanisation und Faradisation führten selten, höchstens wo suggestive Beeinflussung am Platze war, zur Besserung; ebensowenig empfiehlt sich Hypnose. Manchmal nützt die völlige Veränderung des Milieus, welche eine Ablenkung des Kindes ermöglicht. Sedativ-medikamentöse Einwirkung durch Atropin, Tinct. Rhois, besonders aber durch Campher (Camphora monobromata 0,1 Calcium lacticum 1,0 D. tal. dos. Nr. XX, 2mal tägl. 1 Pulver) taten gute Heilwirkung. Besonders von der letzten Medikation berichtet Verf. ausgezeichnete Resultate. Darreichung der Speisen in konzentrierter Form und Genuß der Getränke in der ersten Tageshälfte empfiehlt sich in jedem Falle.

Max Joseph (Berlin).



Schiffmann, J. Schweißdrüsenadenocancroid der Vulva. Centralbl. f. Gynäkol. 1920. Heft 3. p. 59.

Bericht über einen Fall von Schweißdrüsenadenocancroid ([Cyst-] Adenoma tubulare hidradenoides vulvae), der als warzenartiges Gebilde im oberen Drittel der linken großen Schamlippe saß. Die histologischen Details weisen auf beginnende Carcinombildung hin.
Martin Friedmann (Breslau).

Forges, A. Historischer Beitrag zum experimentellen Hermaphroditismus. Centralbl. f. Gynäkol. 1920. Heft 3. p. 87.

Verf. macht darauf aufmerksam, daß er bereits im Jahre 1902 auf nicht kastrierte junge Hennen Hoden übertragen hatte mit dem Resultat einer kräftigen Entwicklung der Kämme und Bartläppchen. Forges revidiert seine damalige Ansicht über die Ursache der Entstehung. Martin Friedmann (Breslau).

Schultz. Bemerkungen zur Arbeit von Knud Sand über experimentellen Hermaphroditismus. Arch. f. d. ges. Physiol. Bd. CLXXIX. p. 217.

Polemik über Priorität bei der experimentellen Keimdrüsenverpflanzung. Rudolf Spitzer (Breslau).

Müller, L. R. Die Blaseninnervation. Dtsch. Arch. f. klin. Med. 1918. Bd. CXXVIII. p. 81.

Müller unterzieht seine seinerzeitigen (1901) Studien über die Blaseninnervation einer neuerlichen Bearbeitung, die vielfach Ergänzungen und Erweiterungen bringt. Als hauptsächlichste Resultate seien erwähnt, daß von den in und an den Blasenwandungen gelegenen Ganglienzellengruppen selbständig Blasenbewegungen ausgelöst werden können. Normalerweise wirkt aber auch das Nervensystem auf diese Ganglien, und zwar das sakralautonome System, indem es über die Nervi pelvici (erigentes) den Entleerungsreflex auslöst, das sympathische, indem es über die Fasern des Grenzstranges und der Plexus hypogastrici den Blasenverschluß und damit die Harnverhaltung bedingt. Blasenkontraktionen kann man durch Reizung der Wandungen des dritten Ventrikels bewirken; auch von der Hirnrinde, namentlich den obersten Teilen der Zentralwindungen wird die Blasenfunktion beeinflußt. Die Blasenschleimhaut hält Müller für unempfindlich, den Harndrang bewirkt nicht die Spannung der Blasenwand, sondern er wird nur durch die Kontraktionen der Blasenmuskulatur verursacht, welche im Wege der Nervi pelvici übermittelt werden. Bezüglich der Details sei auf die durch instruktive Abbildungen und schematische Darstellungen erläuterte Originalarbeit verwiesen. P.

Schubert, G. Zur Operation der Phimose. Dtsch. med. Wochenschr. 1918. Nr. 19.

Schubert wandte mit gutem Erfolge folgendes Verfahren an. Straffen der Vorhaut über der Glans penis, Ovalärschnitt durch das äußere Blatt des Praeputiums, Auseinanderschieben der Wundränder

durch weiteres Straffen der Vorhaut, welche nun samt dem durch den Schnitt am Dorsum hergestellten Lappen bis in die Höhe der Corona glandis gezogen wird. Störende bindegewebige Stränge werden durchtrennt, der Lappen nach seiner Basis zu abpräpariert und mit der Schere der Rest des äußeren Blattes sowie die in seinem Bezirk liegenden Teile des inneren Blattes entfernt. In den durch Spaltung des inneren Blattes nahe der Corona glandis entstandenen Winkel wird mit Knopfnaht die Spitze des Lappens eingenäht und endlich der ganze Winkel nach Anlegung weiterer Knopfnähte durch den Lappen ausgefüllt. Zirkulär angelegte Knopfnähte vereinigen inneres und äußeres Blatt des Praeputiums mit dem Frenulum.

Max Joseph (Berlin).

Rothschild, Alfred. Plastischer Verschluß größerer Harnröhrenfisteln. Dtsch. med. Wochenschr. 1918. Nr. 23.

Nach der Resektion einer Striktur und Heilung von Cavernitis führte Rothschild die Plastik bei zurückbleibender Harnröhrenfistel folgendermaßen durch: Bildung von zwei rechteckigen Hautlappen am Membrum außen von der Fistelgegend, Naht der linearen Vereinigungsränder dieser umgeklappten Lappen mit feinem Catgut und ihre Verbindung mit den Urethralstümpfen durch Naht, Verbreiterung der Wundfläche, ihre Deckung mit ihrer Form angepaßten Hautlappen aus dem Scrotum, Vernähung erst linear, dann nach Drehung des Lappens der Lappenränder mit den Rändern der Wundfläche über dem Urethraldefekt, Gazetampon, Entfernung des Katheters, Verband. In einem zweiten Falle stammte das plastische Material aus dem Oberschenkel, es war hier bereits von anderer Seite eine Plastik vergeblich versucht worden. Beide Patienten kamen zu vollkommener Heilung. Die Hauptbedingungen zum Gelingen der Plastik sieht Verf. im Anlegen einer breiten über den Fistelrand hinausgehenden Anfrischungsfläche am Membrum zur Verklebung für die granulierenden Lappen und in der möglichsten Länge und Breite des gestielten Hautlappens, der wie bei der verwandten Oberschenkelhaut keine größeren Gefäße enthalten soll. Max Joseph (Berlin).

Berner, J. H. Ein mit Optochin behandelter Fall von Pneumokokken-Cystitis. Dtsch. med. Wochenschr. 1918. Nr. 15

Die 14jährige, stets schwächliche Patientin erkrankte unter Fieber, Rückenschmerzen und häufigem Urindrang an trockenem Husten und Appetitlosigkeit. Der Urin zeigte bei der Untersuchung Albuminreaktion, Eiterreaktion und Guajakreaktion, unter dem Mikroskop erwies sich der Bestand des Urinbodensatzes als Leukocyten und grampositive Diplokokken. Nachdem Salol keine Besserung gebracht hatte, wurde mit Optochin morgens und abends 0,3, im ganzen fünfmal verabreicht, binnen 6 Tagen völlige Heilung erzielt. Die Infektion der Harnwege mit Pneumokokken entstand wahrscheinlich im Anschluß an eine leichte, nicht diagnostizierte Pneumonie.

Max Joseph (Berlin).



Saudek, J. Beitrag zur Therapie der Pollakisurie und Enuresis nocturna. Wien. klin. Wochenschr. 1917. Nr. 41.

Saudek versuchte die Blase allmählich an das Festhalten größerer Flüssigkeitsmengen zu gewöhnen; zur Erreichung dieses Zieles wurde mittels Katheters 30—50 ccm $KmnO_4$-Lösung injiziert und der Kranke angewiesen, den Harn möglichst lange zu behalten. Mit der Steigerung der Flüssigkeitsmengen muß man langsam vorgehen und lieber auf ein längeres Behalten in der Blase hinarbeiten. Viktor Bandler.

Blum, V. Zur Theorie des Residualharnes. Wien. klin. Wochenschr. 1917. Nr. 39.

Die cystoskopischen Studien des Autors lehren, daß es sich in den Fällen von Residualharn um eine Dehnung der Scheitelpartie der Blase handelt, um eine Art Urachusdivertikel mit breitem Eingang. Bei Kontraktion des Detrusors weicht der Harn leichter in die gedehnte Divertikelpartie aus als durch den krampfhaft geschlossenen Sphincter in die Harnröhre. Der Kranke uriniert zum Teil in seinen Divertikelsack. So erklärt Blum die Entstehung des Residualurins in diesen Fällen, die Trabekelblase, die Dehnung des Blasenscheitels zum Urachusdivertikel. Viktor Bandler (Prag).

Egyedi, D. Das Unvermögen des Harnhaltens aus Gesichtspunkten der Diensttauglichkeit. Wien. klin. Wochenschr. 1917. Nr. 34.

Die cystoskopische Untersuchung von 1200 Enuretikern berechtigt den Autor als Grundsatz aufzustellen, daß die seit einer gewissen und zwar langen Zeit bestehenden und mit vermehrtem imperativem Harndrang kombinierten Blasenneurosen Trabekelblase aufweisen: umgekehrt läßt der Befund einer ausgesprochenen Trabekelblase, bei der mechanische Hindernisse der Harnröhre nicht vorhanden oder vorausgegangen sind, auf imperativen Harndrang schließen und sind diesbezügliche Klagen der Kranken vollauf gerechtfertigt.

Victor Bandler (Prag).

Ullmann, K. Über Enuresis militarium. Wien. klin. Wochenschr. 1916. Nr. 38, 39 u. 40.

Die Ergebnisse der Untersuchungen bei 48 essentiellen Bettnässern faßt Ullmann in folgenden Punkten zusammen:

Es handelt sich zu einem großen Teile um körperlich kräftige, mitunter aber geistig minderwertige Individuen. Die Stigmata sind überall verteilt, häufig am Schädel, am häufigsten im Nervensystem. Oft ist die Enuresis allein das hereditäre Stigma. Nach Ullmann handelt es sich bei Enuresis nicht um eine Myelodysplasia lumbosacralis, sondern eher um eine Dysplasia totalis, um einen Komplex von Degenerationserscheinungen, bei denen vor allem die Substanz des Zentralnervensystems und zwar nur funktionell mitbeteiligt ist. Die anatomischen Veränderungen der Blasenmuskulatur (Trabekelblase) lassen sich als Ausdruck einer kompensatorischen Arbeitshypertrophie erklären. Auch in der Berufswahl, dem meist verschlossenen Charakter,



dem scheuen Benehmen, auch in der Physiognomie bilden diese Menschen eine Gruppe für sich. Fast alle wählen Berufe, die sie im Freien außer ihrer Behausung beschäftigen. Beim Militär empfiehlt Ullmann eigene Ubikationen mit Schlaf- und Arbeitsräumen innerhalb jeder größeren Garnison für die Bettnässer. Viktor Bandler (Prag).

Saphier, J. Urethritis acuta typhosa. Wien. klin. Wochenschr. 1916. Nr. 48.

Bei einem typhuskranken Soldaten trat während der Continua Schwellung des Hodens und Brennen beim Urinieren auf. Aus dem geröteten und geschwollenen Orificium wurde eitrig-schleimiges Sekret entnommen, das mikroskopisch Eiterzellen und gramnegative intracellullare Stäbchen aufwies. Die Kulturen — von der Prosektur Prof. Paltauf untersucht — zeigten Typhusbacillen. Die Orchitis wurde punktiert und im Eiter Typhusbacillen kulturell nachgewiesen. Nach Urotropin klärte sich der trübe Urin.

Bei einem zweiten Falle wurden ebenfalls im Sekret der Urethra kulturell Typhusbacillen nachgewiesen. Viktor Bandler (Prag).

Fuchs, A., und S. *Gross*. Incontinentia vesicae und Enuresis nocturna bei Soldaten. Wien. klin. Wochenschr. 1916. Nr. 47.

Die Autoren sehen die Enuresis nocturna als eine kongenitale Innervationsstörung an und trennen dieselbe von der erworbenen Inkontinenz. Bei dieser kommen als ätiologische Momente Traumen, Kälteeinwirkung und Infektionskrankheiten in Betracht. Diese Kranken zeigen bei dem Versuch der Blasenfüllung und bei dem Versuch der Ausdrückbarkeit eine ausgesprochene Schmerzhaftigkeit, eine verringerte Kapazität und die erschwerte elektrische Reizbarkeit des Blasenfundus. In allen Fällen fanden die Autoren einen Krampfzustand des Detrusors. Die schwersten auch therapeutisch resistenten Fälle möchten die Autoren als Blasenstarre bezeichnen. Weiter wurde konstatiert, daß bei Spülungen die Steigerung der Temperatur des Spülwassers einen Einfluß auf die Kapazität der Blase übte.

Mittels eines Katheter à double courant wird zunächst 24grad. Borlösung eingespritzt und die nächstfolgenden Spritzen allmählich auf eine Temperatur von 45—48° C gesteigert. Fälle mit Pollakisurie und relativer Inkontinenz wiesen die besten Erfolge auf. Auch bei der Enuresis nocturna war Erfolg mit dieser Behandlungsmethode zu verzeichnen. Viktor Bandler (Prag).

Blum, V. Vorschlag zur Behandlung der Harninkontinenz der Soldaten. Wien. klin. Wochenschr. 1917. Nr. 50.

Blum empfiehlt eine Penisklemme nach Art einer Quetschklemme für Gummischläuche, welche um den mit einer Watte und Bindentour umwickelten Penis in der Mitte seines Schaftes angelegt wird. Durch die Betätigung der zwei Fingergriffe läßt sich einerseits der Druck regulieren, anderseits der Bügel soweit öffnen, daß bei gewollter Harnentleerung der Urinstrom ungehindert abfließt.

Viktor Bandler (Prag).





Mayner. Die Stollenblase. Berl. klin. Wochenschr. 1918. Nr. 51. p. 1220.

Verf. führt die Pollakisurie der Feldtruppen darauf zurück, daß durch die hygienischen Verhältnisse im Graben die Wasserausscheidung der Haut fast völlig aufgehoben ist. Krakauer (Breslau).

Scholz, H. Zur Behandlung der Enuresis nocturna. Ther. d. Gegenw. 1919. p. 10.

Suggestive Beeinflussung in Hypnose hatte nur in 5 Fällen Erfolg, in ebensoviel Fällen Mißerfolg. In mehr als 20 Fällen ergab die epidurale Injektion von 10—20 ccm abgekühlter Kochsalzlösung oder 1 proz. Novocainlösung ein gutes Resultat. Schon in der folgenden Nacht blieb die Enurese aus und der Erfolg war, wenn die Kranken nicht zu zeitlich entlassen wurden, meist ein dauernder. Nur in 2 Fällen war die Methode unwirksam. In 6 Fällen wurden subcutane Atropininjektionen (alle 2—3 Tage 1 mg, im ganzen 6—8 Injektionen) mit gutem Erfolge, besonders bei Kanken, bei denen gleichzeitig Pollakisurie bestand, angewendet. Doch gab es auch hierbei noch Mißerfolge. Walther Pick (Wien).

Wilms. Heilen die Röntgenstrahlen die Prostatahypertrophie? Münch. med. Wochenschr. 1916. Nr. 30. p. 1073.

Die bei der Prostatahypertrophie gleichzeitig vorhandenen Reizzustände nach Spasmen werden durch eine Tiefen-Röntgenbestrahlung günstig beeinflußt. Die sonstigen Erfolge beruhen nicht auf einer Verkleinerung der Drüse, sondern auf der Beseitigung dieser Reizzustände. Alfred Perutz (Wien).

Boenheim, Felix. Über die topische Bedeutung der „dissoziierten Potenzstörung". Dtsch. Zeitschr. f. Nervenheilk. 1917. Bd. LVII. p. 36.

Unter Mitteilung dreier eigener Fälle und Zusammenstellung von 17 Sektionsfällen zeigt Boenheim, daß die von Hans Curschmann zuerst beschriebene „dissoziierte Potenzstörung" — Fehlen des Orgasmus bei erhaltener Libido und Erektion, sowie fehlende oder stark verlangsamte „tropfende" Ejaculation — einen diagnostischen Anhaltspunkt für Erkrankungen des Conus medullaris bildet. P.

Hautkrankheiten.

Allgemeines, Anatomie, Physiologie, Pathologie.

Riecke, E. Kriegsdermatologie. Deutsche med. Wochenschr. 1919. Nr. 12.

Den Inhalt des anschaulichen Berichtes bilden Erfahrungen, die Riecke in dermatologischen Kriegslazaretten sammelte. Von parasitären Erscheinungen war die Kopflaus selten, eher bei Französinnen als bei Soldaten zu finden, öfter kam die Pediculosis pubis



vor mit ihren durch das Speicheldrüsensekret verursachten blauen Flecken, am häufigsten die Kleiderlaus. Nicht selten hatte die Pediculosis Pyodermien, Excoriationen und follikuläre Abscesse zur Folge, wobei der Reiz, den die Wollkleidung auf die Haut ausübte, begünstigend wirkte. Neben Furunkeln, Karbunkeln und Impetigo contagiosa kamen auch artefizielle Hautnekrosen vor. Besonders groß war die Zahl der Trichophytien, für die sich überaus mannigfaltige therapeutische Methoden bildeten. Täglich wurde Psoriasis, seltener chronisches Ekzem, Lichen, Erythrodermie und Sklerodermie beobachtet. Häufig zeigten sich die nervösen Dermatosen Herpes und Urticaria. Neben den ernsteren Erkrankungen gingen die beiläufigen Befunde kosmetischer Abnormitäten an Nägeln, Haut und Haar einher. Verf. betont, daß etets ein guter Heilschatz aller medizinischer Hilfsmittel zur Verfügung gestanden habe, die aber natürlich nur in der Hand gut vorgebildeter Dermatologen ihre volle Wirkung entfalten konnten. Max Joseph (Berlin).

Bettmann. Über artifizielle Hautveränderungen bei Soldaten. Deutsche med. Wochenschr. 1919. Nr. 11.

Meist ist gegenüber künstlichen Hautschädigungen ein begründeter Verdacht vorhanden, ohne daß der sichere Beweis zu erbringen ist. Mechanische, thermische, chemische, auch infektiöse Maßnahmen kommen in Betracht, bei deren Wahl volkstümliche Kenntnisse auffallen. Auf einen Artefakt weisen hin: Ein zu viel oder zu wenig der Läsion, ihre handgerechte Lokalisation, der Unterschied von spontanen Hauterkrankungen hinsichtlich von Größe, Umfang, Beteiligung oberflächlicher oder tieferer Schichten, Streifen von herabgeflossenen ätzenden Flüssigkeiten, chemische Bestandteile in Schorfen, plötzliches Entstehen, verzögerte Heilung. Daneben ist die psychische Erfassung und Berücksichtigung neuropathischer Momente nötig. Die Simulanten sind meist Soldaten, die den Lazarettaufenthalt verlängern wollen, Syphilis fürchtende Neurastheniker, die eine Kur erzwingen möchten, Hysterische, sogar Landstreicher, die in Krankenhäusern zu überwintern wünschten. Trotz solcher Erfahrungen hüte man sich vor der Verkennung oft schwer aufzufindender ernster Leiden. Verf. führt einen Fall von Syringomyelie an, der zuerst fälschlichen Verdacht auf Simulation erregte. Zum Schluß gibt Verf. die interessante Geschichte vom Verhalten und der Entlarvung eines wirklichen Simulanten, dessen einfaches Täuschungsmittel in Acid. carbolic. liquefact. bestand.

Max Joseph (Berlin).

Callomon, Fritz. Der dermatologische Krankenbestand des Reservelazaretts B. während 26 Kriegsmonaten. Med. Klin. 1917. Nr. 17. p. 480.

In dem Lazarett in Bromberg, über welche Callomon berichtet, wurden in der Zeit von 26 Monaten 250 Hautkranke behandelt. Die Scabieskranken machten 23,2% der Fälle aus, die Ekzem-



kranken 15,6% Psoriasis 14,8%, die Dermatomykosen 13,6%, die Staphylokokkosen 18%, urticarielle und erythematöse Erkrankungen 3,2%, Hauttuberkulose 1,6%, Unterschenkelgeschwüre 4,8%, Dyshidrosis 0,8%, seltenere Hauterkrankungen 4%. Callomon weist am Schlusse auf die Bedeutung der Licht- und Röntgenbehandlung hin, die wegen des Salbenmangels besonders weitgehende Anwendung verdienen. Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Rauch, Rudolf. Methodik und Verfahren der Selbstverstümmler. Med. Klin. 1918. Nr. 18. p. 439.

Rauch erwähnt folgende Methoden der Selbstverstümmler im Heere: Schwellfuß mit starkem Ödem der Beine durch Roßhaarabschnürungen. Zellgewebsentzündungen durch Einspritzungen von Pferdeurin und Petroleum. Gelbsucht durch innerliche Einnahme von Trinitrophenol. Ulcus cruris durch verkohlte Holzstückchen. Pustelbildung an den Schleimhäuten durch Anwendung von Käfern aus der Gattung Paederus. Besonders häufig werden Augenerkrankungen künstlich hervorgerufen. Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Pick, E. P. und R. *Wasicky*. Toxikologische Erfahrungen über Mittel, welche von Soldaten zur Erzeugung von Krankheiten verwendet worden sind (Selbstbeschädigungsmittel). Med. Klin. 1919. Nr. 1. p. 6.

In der außerordentlich sorgfältigen Arbeit Picks und Wasikkys nehmen den weitesten Raum die Mittel an, welche Entzündungen und Geschwüre der äußeren Hautdecken verursachen: Zu den Pflanzenteilen und Drogen, die hierzu geeignet sind, gehören: verschiedene Nieswurzarten durch ihren Helleboreingehalt, die Wurzel der Kermesbeere, verschiedene Hahnenfußgewächse, Adonis vernalis, Aconitum Napellus, Anemone pulsatilla, nemorosa und ranunculoides, die Blätter des Oleander, von den Liliaceen Veratrum nigrum, Convallaria majalis, Polygonatum offizinale und Allium sativum, der Knoblauch, der von Crocus sativus stammende Safran, der Samen der Kornrade, durch ihren Saponingehalt mehrere Caryophyllaceen, ferner von den Solanaceen der Tabak, Samen des Stechapfels und Früchte der Paprikaschote, von den Euphorbiaceen die Samen der Ricinusstaude und jene der Wolfsmilch-Springwurz, Pflanzen der Zypressenwolfsmilch, der Meerrettich, Sambucus nigra. Von Pflanzenprodukten kommen zur Anwendung Harze und Gummiharze, Terpentin.

Eine zweite Gruppe umfaßt durch Käfer, Raupen und aus ihnen hergestellte Präparate: Am häufigsten benutzt wird Cantharidenpflaster, ferner der rothalsige Uferräuber und der gemeine Uferräuber, ferner Bombyciden gemischt mit Tabak und die Raupen des Fichtenprozessionsspinners. Ferner spielen die Chemikalien eine große Rolle, vor allem die leicht zugänglichen Alkalien und Säuren, Metallsalze, von organischen Stoffen Kreosot, ätherisches Zimtöl, Seifen und Petroleum. In Form von Injektionen zur Hervorrufung



von Abscessen werden Petroleum und wässerige Extrakte des Stechapfels verwendet.

An den Genitalien werden Geschlechtskrankheiten imitiert durch Anwendung von Seifen, gepulverten schwarzen Senfsamen, Laugen, Säuren Kalomel und Tabakssaft zur Hervorrufung einer tripperähnlichen Urethritis, Cantharidenpflaster, Helleborus, Quecksilbersalben, Natronlauge und Soda zur Hervorrufung von Balanitiden und Geschwüren. Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Fischl, Friedrich. Beitrag zum Kapitel „Künstlich erzeugte Entzündungen und Geschwüre der Haut". Med. Klin. 1919. Nr. 10. p. 208.

Fischl beobachtete absichtlich hervorgerufene Unterschenkelgeschwüre durch Kalium bichromatum, die denen durch Crocus sativus ähneln. Auch Carbolsäure wird zu Selbstbeschädigungen häufig verwendet. Von Pflanzen und Pflanzenteilen sind hier zu nennen: die Wurzel der zu den Cucurbitaceaeen gehörenden in Istrien häufigen Bryonia dioica, die Blätter der Plantago lanceolata (Wegerich), welche auf Eichel und Vorhaut speckig erscheinende flache Geschwüre verursacht, der Hopfen, die Sonnenblume, das Tomatenkraut.

Auch verschiedene medikamentöse Haarwässer, z. B. Javol, können entzündungserregend wirken. Auch beim Kaptol kann das der Fall sein.

Unfreiwillig hervorgerufene Hautschädigungen sah der Verf. durch die Raupe des Eichelprozessionsspinners (Cnethocampa processionea).

Auch aus verschiedenen Seetieren (Quallen, Siphonophoren usw.) bereiten sich die Leute Extrakte, um urticarielle oder bullöse Erscheinungen hervorzurufen. Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Blaschko. Haut- und Geschlechtskrankheiten im Kriege. Zeitschr. f. ärztl. Fortb. 1915. Nr. 19.

Bespricht die Differentialdiagnose zwischen Pediculosis und Scabies. Gegen erstere wird die Anwendung aromatischer Mittel, sowie des Quecksilbers in Form des Merkolintschurzes oder von Säckchen mit Hydrargyrum cum creta empfohlen. Zur Massendesinfektion dient Bad, Schwefeln oder Dämpfen der Sachen und Haarschneiden. — Mit der Möglichkeit von Lepraerkrankungen muß gerechnet werden. — Bezüglich der Geschlechtskrankheiten wird kurz ihre Bedeutung für die Volksgesundheit, sowie der Wert der Abortivbehandlung, besonders der Gonorrhöe (Injektion von 3—4 proz. Protargollösung oder 2 proz. Albarginlösung) berührt. Geschlechtskranke Soldaten gehören in die Etappenlazarette in spezialistische Behandlung. Die Gefahr der Infektion in den besetzten Gebieten ist außerordentlich groß und durch Einrichtung von Bordellen nicht wesentlich einzuschränken. Freie Zeit, Alkoholgenuß, Besitz von Geld, Prostitution tragen zur Vermehrung der Geschlechtskrankheiten bei. Unver

mittelte Gesundheitsbesichtigungen und Einrichtung prophylaktischer Behandlung durch Sanitätsunteroffiziere ist zu empfehlen. In Belgien hat man die Prostitution streng überwacht und andererseits Frauen, die ihr aus Not verfallen waren, wieder in günstigere wirtschaftliche Verhältnisse zu bringen gesucht. Von Bedeutung ist das umfangreiche Aufklärungswerk durch die Merkblätter der Armee und der deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten.

Besonderen Wert legt Verf. natürlich auf die wirkliche Ausheilung der Gonorrhöe und Lues. Unter den Kriegsverhältnissen glaubt Blaschko, daß man den Luetiker nach einer energischen Kur, wenn keine Erscheinungen auftreten, nicht zu neuen Kuren von der Truppe fortholen soll. Die Nachkuren können nach dem Kriege gemacht werden. Groß ist die Gefahr infektiöser Urlauber. Sämtliche Kriegsteilnehmer nach dem Kriege auf Wa.R. untersuchen zu lassen, hält Verf. für zu weitgehend. Doch ist die Untersuchung aller derjenigen Leute, die im Laufe des Krieges an Lues oder Gonorrhöe erkrankt gewesen sind, auf irgendwelche ansteckende Residuen der Erkrankung zu fordern. Behandlungsbedürftige sind zu behandeln, kein Infektiöser ist aus dem Militärverband zu entlassen. Zum Schluß wird auf die beabsichtigte großzügige Aktion der Landesversicherungsanstalten (Einrichtung der Fürsorgestellen) hingewiesen.

Kurt Wiener (Breslau).

Hammerschmidt, J. Die Genese der „Einschlußkörper" in der Haut bei einigen Chlamydozoenerkrankungen. Wiener klin. Wochenschr. 1918. Nr. 10.

Als Ergebnis seiner Untersuchungen nimmt der Autor an, daß die „Einschlüsse" in den Epidermiszellen der Haut bei der Vaccine und Variolainfektion nichts anderes sind, als aus dem Kerne ausgetretene oder ausgestoßene Nucleolen, die weiterhin sekundären, offenbar degenerativen Veränderungen unterworfen sind und so die bekannten Bilder liefern. Viktor Bandler (Prag).

Merk, L. Zur Frage der Natur der Blutzellengranula und des Keratohyalins sowie der Zellteilung in kultivierter Haut und Cornea. Wiener klin. Wochenschr. 1918. Nr. 13.

Polemischer Artikel gegen Kreibich, dessen Arbeitsmethode in den vorliegenden Untersuchungen Merk bekämpft, da nach seiner Ansicht gewisse Befunde, wie Mitose usw., nur an überlebendem Gewebe verfolgt, beobachtet und richtig gedeutet werden können. Die Untersuchung und Beobachtung des lebenden Gewebes muß nach Merk die Grundlage für das Betrachten der gefärbten Bilder des toten Gewebes sein. Viktor Bandler (Prag).

Kreibich, C. Erwiderung auf Prof. Dr. L. Merks obigen Artikel. Wiener klin. Wochenschr. 1918. Nr. 13.

Kreibich erwidert Merk, daß letzterer nicht die Befunde leugnet, sondern nur die Möglichkeit der Befunde. Die von Kreibich



erhobenen Befunde über Keratohyalin wurden von Herxheimer und Nathan bestätigt. Viktor Bandler (Prag).

Grober und *Sempell*. Die Blutzusammensetzung bei jahrelanger Entziehung des Sonnenlichts. Deutsches Archiv f. klin. Med. Bd. CXXIX. H. 5/6.

Untersuchungen an Pferden, die in Bergwerken unter Tage leben. Jahrelanger Mangel des Tageslichts bewirkt bei guter Ernährung keine Anämie, höchstens chlorose-ähnliche Erscheinungen. Erythrocyten nehmen etwas zu, Hämoglobin nimmt etwas ab.

Kurt Wiener (Breslau).

Weiß, Eugen. Beobachtung und mikrophotographische Darstellung der Hautcapillaren an lebenden Menschen. Deutsches Archiv f. klin. Med. Bd. CXIX. p. 1. 1916.

Kurzes Vorwort von Otfried Müller, in dem auf den Zusammenhang der Untersuchungen mit den Forschungen Landerers und Krauss' mit dem Baslerschen Ochrometer hingewiesen wird. (Messung d. Capillardrucks.)

Mit einer 3000 Kerzen starken Azo-Projektionslampe wird die zu beobachtende Hautstelle seitlich konzentriert beleuchtet und unter einem durch Knochenöl mit der Haut verbundenen Zeißmikroskop betrachtet. Mit Hilfe des Zeißschen Projektionsokulars läßt sich ohne Erschütterungen und in kurzer Zeit eine Mikrophotographie der beobachteten Stelle herstellen.

Besonders geeignet erscheint zur Beobachtung der Capillaren die Stelle der Mitte des Nägelwalls nahe der Lunula, weil hier die Capillarschlingen parallel der Hautoberfläche verlaufen. Zum Beweise, daß die dort beobachteten Gefäßschlingen wirklich Capillaren sind, wird die Beobachtung der Pulsation nur eines Schenkels bei Aorteninsuffizienz und die Stauung eines Schenkels bei allgemeiner Stauung durch Herzinsuffizienz angeführt, sowie die Beobachtungen bei gleichzeitiger Anlegung der Recklinghausen-Riva-Roccischen Apparatur.

Verf. gibt der Hoffnung Ausdruck, mit seiner Methode wichtige hämodynamische Aufschlüsse, ferner Beobachtungen aus den Gebieten der Wärmeregulation, Schweißbildung, Perspiratio insensibilis, der vasomotorischen Hautveränderungen, der Exantheme und schließlich der Nierenpathologie zu erlangen.

Bisher erstrecken sich die speziellen Studien auf Capillarbeobachtung beim Normalen und bei verschiedenen inneren Erkrankungen.

Im normalen Bilde sieht man längliche, selten gewundene Schleifen. Zwischen arteriellem und venösem Schenkel ist eine eben wahrnehmbare Verdickung zu finden, die Füllung ist gleichmäßig, die Strömung schnell, der venöse Schenkel schon etwas stärker als der arterielle. Der Untergrund ist zartrosa, die Gefäße selbst sind dunkelrot.



Bei Nephritis interstitialis sind die Schlingen vermehrt und geschlängelt, ferner verbreitert, die Strömung ist langsam, die Füllung wechselnd, die Blutsäule diskontinuierlich (körnige Strömung), es finden sich Anastomosen.

Bei Arteriosklerose sieht man Schlängelung und Verlängerung. Größere Gefäße scheinen infolge ihrer verdickten Wand durch.

Für Diabetes sind Erweiterungen des arteriovenösen Übergangsteils der Schlinge charakteristisch.

Bei allgemeiner Stauung sind die Capillaren stark gefüllt, dunkel, der venöse Schenkel erheblich dicker als der arterielle. Die Venen sind besser zu sehen.

In der ophthalmologischen Literatur ist ein Teil der Tatsachen durch die ophthalmoskopische Beobachtung der Retinal-, Conjunctival- und Cornealgefäße bereits bekanntgeworden.

Kurt Wiener (Breslau).

Weiß und *Hanfland*. Beobachtungen über Veränderungen der Hautcapillaren bei Exanthemen. Münch. med. Wochenschr. 1918. Nr. 23. p. 607.

Die Hautcapillarbeobachtung nach Müller-Weiß kann bei Exanthemen angewandte werden. Typhus, Flecktyphus, Masern und Scharlach-Exantheme geben wohldifferenzierte, mit den histologischen Befunden übereinstimmende Bilder. Alfred Perutz (Wien).

Basler. Über den Blutdruck in den Capillaren der menschlichen Haut. Münch. med. Wochenschr. 1918. Nr. 48. p. 1340.

Beschreibung eines Apparates, den Verf. als Capillartonometer bezeichnet. Alfred Perutz (Wien).

Landé, Lotte. Entwicklung und Schicksal der im Kaiserin Augusta Viktoria-Haus geborenen Kinder. Zeitschr. f. Kinderheilk. 1919. Bd. XX. p. 1.

Von dermatologischem Interesse ist das Kapitel der Pathologie der Neugeborenen. Von 1950 Neugeborenen erkrankten in den ersten 14 Lebenstagen 226; davon an Paronychie 17, an Abscessen 4, an Furunkeln und Pyodermien 33, hiervon 1 an Sepsis mit 3 Wochen gestorben, an Blennorrhoea gonorrhoica 2, an Pemphigus neonatorum 4, an hämorrhagischer Diathese 1 (mit 15 Tagen gestorben). Die geringe Erkrankungszahl an Lues und Gonorrhöe erklärt sich dadurch, daß sich die Schwangeren mehrere Wochen vor der Entbindung untersuchen lassen müssen; sie werden, wenn eine dieser Erkrankungen festgestellt, einem Krankenhause zur spez. Behandlung überwiesen und nicht im K. A.-V.-H. aufgenommen. Die im allgemeinen harmlosen Paronychien und Pyodermien führten in je 1 Falle zur Streptokokkensepsis mit Exitus. Um jede unnötige Läsion der leicht verletzlichen und dadurch infektionsempfänglichen Haut des Neugeborenen zu vermeiden, wurde das tägliche Bad bis zum Nabelschnurabfall fortgelassen und durch Einwickeln der Arme während



der ersten 14 Tage das häufige Zerkratzen des Gesichtes und das Zerlutschen der Finger, das zu den Paronychien führt, verhindert.

Martin Friedmann (Breslau).

Weichard und *Apitzsch*. Gewerbehygienische Studien. Über Ölschäden in Gewerbebetrieben. Zeitschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. 1918, Bd. LXXXV, p. 335 und 1919, Bd. LXXXVIII p. 105.

Gehäuftes Auftreten von Gewerbeacne infolge Beschäftigung mit ungenügend gereinigten Mineralölen, besonders bei weiblichen Arbeitern. Als Ursache wird weniger der Harzgehalt der Öle als ihr Gehalt an ungesättigten Verbindungen angeschuldigt. Prophylaxe durch Ärmel und Schürzen aus ölundurchlässigem Stoff. Ein Entgiften des Öles gelang, ohne daß sich aber ein allgemein gültiges Verfahren wegen der verschiedenartigen Zusammensetzung der einzelnen Ölsorten hätte angeben lassen. Ein im Handel für die Reinigung der Öle empfohlenes „Reinigungspulver" erwies sich als unzureichend.

Percutane Anilinvergiftungen konnten im Tierexperiment durch lokale Anwendung von Formaldehyd und in geringerem Grade auch von Traubenzucker verhindert werden. Empfehlung von Formalinseifen- und Lösungen für die in Betracht kommenden Fabrikbetriebe.

Wilhelm Frei (Breslau).

Ziegler, H. Fr. Zur Frage des Arbeiterschutzes gegen gesundheitsschädliche Kühl- und Schmiermittel. Hygienische Rundschau 1919. Nr. 19. p. 653.

Verf. empfiehlt Überwachung der Erzeugung und des Einkaufs.

Wilhelm Frei (Breslau).

Lange, Cornelia de. Nanosomia vera. Jahrb. f. Kinderheilk. 1919. Bd. LXXXIX. p. 264.

Beschreibung und Abbildung eines Falles von echtem Zwergwuchs bei einem 7jährigen Knaben (Länge 70 cm, Gewicht 5 kg). Keine trophischen Störungen an Haut und Haaren. Die röntgenologische Untersuchung der Handwurzel und Unterarme ergab, daß die Ossification der eines $2-2^{1}/_{2}$jährigen Kindes entspricht. Von der Prüfung der Arbeit der Drüsen mit innerer Sekretion und des vegetativen Nervensystems war Abstand genommen worden.

L. Kleeberg (Breslau).

Eichhorst. Über Veränderungen in der Hypophysis cerebri bei Kretinismus und Myxödem. Deutsches Archiv f. klin Med. 1917. Bd. CXXIV. p. 207.

Fehlen der Schilddrüse macht neben den anderen bekannten Erscheinungen (Mxyödem, Kretinismus) bestimmte Veränderungen der Hypophyse, und zwar Hyperplasie des Drüsenanteils, Hyperämie, Neigung zu anderen Veränderungen, die schließlich zur Atrophie und Nekrose der Hypophysis führen können. Es besteht sowohl bei thyreoidektomierten Tieren wie bei Mxyödem der Menschen eine Neigung zu früher Arteriosklerose. Kurt Wiener (Breslau).

Blessing, G. Allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie der Zähne und der Mundhöhle. Ergebnisse d. allg. Pathologie u. patholog Anatomie (Lubarsch - Ostertag). 17. Jahrgang, 1. Abteilung 1914. p. 859.

Die Arbeit erhält in dermatologischer und syphilidologischer Beziehung nichts Neues. Franz Bacher (Breslau).

Schwarz, E. Die Lehre von der allgemeinen und örtlichen „Eosinophilie". Ergebnisse der allg. Pathologie u. patholog. Anatomie (Lubarsch - Ostertag). 17. Jahrgang, I. Abteilung 1914. p. 138.

Über den Gang der allgemeinen Eosinophilie bei Gonorrhöe äußert sich Verf. folgendermaßen: Nachdem die primäre Eiterung eine Zeitlang gedauert hat, stellt sich häufig, aber nicht immer eine erste Vermehrungsperiode ein, die bei glattem Krankheitsverlauf nach und nach abklingt. Sowie aber eine neue Lokalisation, damit also eine neuerliche Wachstumsperiode des Gonokokkus einsetzt, schnellen die Eosinophilen hoch hinauf. Dabei ist es jedoch ganz gleichgültig, welches Organ sekundär befallen wird, so daß also nicht letzteres, sondern lediglich die Rekrudescenz als Ursache der Eosinophilie anzusehen ist.

Bezüglich der Frage der Eosinophilie bei Dermatosen kommt Verf. zu folgendem Ergebnis: Die Eosinophilie der Blasen und des Gewebes ist außer bei Dermatitis herpetiformis und den Pemphigusformen auch eine bei anderen Dermatosen der verschiedensten Ätiologie so verbreitete Erscheinung, die ebenso mit und ohne Bluteosinophilie einhergehen kann, wie bei obigen Affektionen, daß nicht in der Blutveränderung die Ursache der Hautaffektion, sondern weit eher in der letzteren die Ursache der Eosinophilie gesehen werden kann. Besonders die Befunde lokaler Eosinophilie bei Hauterkrankungen, die durch direkte Einwirkung von Vesicantien auf die Haut hervorgerufen werden, sprechen dafür, daß die eosinophilen Zellen stets auf den Hautreiz antworten, daß zwar ihre Zahl von der im Blute vorhandenen Menge beeinflußt, daß aber keineswegs eine Bluteosinophilie ihre Voraussetzung sein kann. Franz Bacher (Breslau).

Goldemeister und *Kaufhold*. Über das elektrische Leitungsvermögen der überlebenden menschlichen Haut. Archiv f. d. ges. Pgysiol. Bd. CLXXIX. p. 154.

Untersuchungen mit Gleichstrom von technischer Spannung (110 und 120 Volt) ergaben wesentlich geringere Stromstärke als nach Boruttau tödlich wirke (400—500 MA). Im übrigen sprechen die Ergebnisse der Untersucher für die Polarisationstheorie und gegen die endosmotische Theorie (Munk). Ausführliche Arbeit erscheint in Rubners Archiv 1920 von K. Rudolf Spitzer (Breslau).

Schmidt. Über das Verhalten der verschiedenartigen Chromatophoren beim Farbenwechsel der Froschhaut. Archiv f. mikr. Anat. Bd. XCIII. p. 375.

Zu Referat nicht geeignet. Rudolf Spitzer (Breslau).



Melczer, v. Menge und Art der durch die normale Milz gebildeten farblosen Blutzellen. Archiv f. mikr. Anat. Bd. XCIII. p. 307.

Die Milz beteiligt sich an der Bildung sämtlicher farbloser Blutzellen mit Ausnahme der basophil granulierten Leukocyten; in erster Reihe stehen die neutrophil granulierten Leukocyten.

Rudolf Spitzer (Breslau).

Kolm und *Pick*. Über Beeinflussung des überlebenden Kalt- und Warmblüterdarmes durch Fluorescenzstrahlen. Archiv f. experim. Pathol. u. Pharmakol. Bd. LXXXVI. p. 1.

Belichtung des mit Eosin sensibilisierten Magens von Esculenten bewirkt eine maximale Erhöhung des Tonus; so daß sonst noch Tonus erhöhende Stoffe (z. B. Pilocarpin) denselben nicht mehr steigern können. Die genaue pharmakologische Untersuchung ergibt, daß es sich hierbei um eine intensive Erregung der Vagusendigungen handelt, während die eingeschalteten Vagusganglien nicht beteiligt sind. Das Bild, welches der Tonus bietet, ist das eines krampfartigen Zustandes der glatten Muskulatur unter allmählichem Abklingen der Magenrythmik und erweist sich als reversibel.

Beim Warmblüterdarm hingegen kommt es zu einer schweren, irreversiblen Schädigung der Darmautomatie, die sich durch pharmakologische Untersuchung als eine solche der automatischen Zentren im Auerbachschen Plexus herausstellt. Rudolf Spitzer (Breslau).

Mertz. Beobachtungen an den Hautcapillaren von Säuglingen. Monatsschr. f. Kinderheilk. 1920. Nr. 1. p. 13.

Holland, L. Meyer und Ottfried Müller glaubten eine der exsudativen Diathese eigentümliche Verlängerung, Erweiterung sowie stärkere Schlängelung und Anastomosenbildung der Endschlingen am Hautnagelwallrand feststellen zu können. Nach den Untersuchungen Mertzs gibt aber die Capillarbeobachtung keine nur dieser Konstitutionsanomalie charakteristischen Bilder. Nur bei Stauungsvorgängen am kleinen Kreislauf, bei chronischen Lungenprozessen, größeren Schwarten sah er charakteristische Bilder. L. Kleeberg (Breslau).

Lang. Versuche über die Durchlässigkeit der Froschhaut für Gifte. Archiv f. experim. Pathol. u. Pharmakol. Bd. LXXXIV. p. 1.

Strychnin, Coffein, Barium passieren die Haut des lebenden Frosches gut; Strophantin, Pilocarpin, Muscarin schwer, Curarin gar nicht, ebenso Adrenalin gar nicht. Gleichzeitige Anwendung von Adrenalin hat nur auf die Passage von Strychnin einen hemmenden Einfluß; bei den anderen Giften ohne merkliche Wirkung; eine Hemmung durch Adrenalineinwirkung auf die contractilen Elemente liegt daher nicht vor. Über Technik siehe im Original.

Rudolf Spitzer (Breslau).



Jadassohn, J. Dermatologie und Syphilidologie. Md. Klin. 1918. Nr. 27. p. 655.

Antrittsvorlesung, gehalten bei der Übernahme der Breslauer Dermatologischen Klinik. Der Vortragende gibt in großen Zügen ein Bild der Entwicklung der Diagnostik und Therapie der venerischen Krankheiten sowie eine Übersicht über die neuesten Errungenschaften auf dem Gebiete der Dermatologie.

Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Brandenburg, K. Über elektromotorische Folgeerscheinungen in der Haut nach der Behandlung mit Gleichströmen. Med. Klin. 1919. Nr. 21. p. 477.

Brandenburg konnte durch geeignete Versuchsanordnung nachweisen, daß der Gleichstrom in der für diagnostische und therapeutische Zwecke gebräuchlichen Stärke und Anwendungsweise an der behandelten Stelle elektromotorische Kräfte hinterläßt. Der von den durchströmten Hautbezirken ableitbare Strom ist dem Erzeugerstrom entgegengesetzt gerichtet. Er ist unmittelbar nach Unterbrechung der Behandlung am stärksten; Stärke und Spannung sinken ziemlich rasch und späterhin allmählich immer langsamer; noch für länger als eine Stunde ist von der behandelten Hautstelle ein Strom zu gewinnen. Der Strom ist abhängig von der Elektrizitätsmenge, die die Körperstellen durchströmt hat. Die durchströmten Hautbezirke laden sich mit elektrischer Energie in ähnlicher Weise auf, wie Akkumulatoren. Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Hollborn. Eine neue Methode zur Lösung und Verwendung von Eosin-Methylenblau. Deutsche med. Wochenschr. 1919. Nr. 44.

Da durch die Kohlennot die Fabrikation des Methylalkohols gehemmt war, suchte Hollborn diesem Mangel abzuhelfen, indem er Eosin-Methylenblau-Farbstoffe herstellte, die sich in heißem Glycerin lösten. 0,5 g des Farbstoffes wurden in 50 g erwärmten Glycerin gut umgeschüttelt und die Lösung in verschlossener Flasche aufbewahrt. Zur Färbung wurden hiervon 2 Tropfen in 2 ccm destillierten Wassers gemischt und die Mischung auf den vorher fixierten Ausstrich gegossen. Nach 10—30 Minuten wird mit destilliertem Wasser abgespült, das Präparat vorsichtig getrocknet und in neutralen Balsam eingeschlossen. Max Joseph (Berlin).

Krugenberg, B. und E. Th. *Tielemann.* Weitere Mitteilungen über die Färbung „Wep" (Dioxichrom) und über zwei neue Trioxichrome. Zeitschr. f. wissenschaftl. Mikroskopie 1918. Bd. XXXV. Heft 3.

Die Verff. modifizieren ihre in Bd. XXXIV, p. 234, dieser Zeitschrift angegebene Färbung mit Wasserblau + Eosin + Phloxin (Wep) dahin, daß sie die Schnitte vorher einer Mischung von $^1/_2$% Pepsin + $^1/_2$% Salzsäure für 1 Stunde aussetzen. Durch die Vorbehandlung mit dieser Verdauungsflüssigkeit sollen basische Eiweis-



stoffe aus den Schnitten entfernt werden, die die Färbung undeutlich machen. Besonders soll sich dies Verfahren für Schnitte von entzündeter Haut und Hautgeschwülsten eignen.

Es muß wohl nachgeprüft werden, ob nicht durch diese Verdauung wichtige Einzelheiten im Schnitt zerstört werden, da wir ja sonst möglichst physikalische und chemische Unversehrtheit der Schritte erstreben.

Ferner berichten die Verff. über den Versuch zur Einführung von Echtgelb und Pikrinsäure in die Färbung „Wep". Diese, wie auch die Verbesserung der Färbung durch alkalische Entfärbung mit $1^{0}/_{00}$ Ammoniumcarbonat und Alkohol sind im Original nachzulesen. H. Stranz (Breslau).

Goldscheider. Über die Struktur der spinalen Sensibilitätsbezirke der Haut. Zeitschr. f. klin. Med. 1917. Bd. LXXXIV. p. 333.

Quetscht man eine Hautfalte mittelst einer kleinen Klemme, so daß ein Schmerz entsteht, und läßt die Klemme liegen, so wächst der Schmerz, hält einige Zeitlang auf einer konstanten Höhe und nimmt dann wieder allmählich ab. Inzwischen entsteht in der Umgebung eine überempfindliche Zone, deren Ausbreitung und Intensität von der Stärke des Klemmendruckes abhängig ist. Genauere Prüfung zeigt außer der feinen oberflächlichen Schmerzhaftigkeit noch eine cutane und eine tiefere Hyperalgesie, was für eine gewisse Sonderung der zugehörigen Bahnen spricht. Der Sitz der Hyperalgesie ist nicht in der Peripherie, sondern in zentralen Leitungsbahnen zu suchen. Die Form der hyperalgetischen Felder entspricht den spinalen und nicht den peripherischen Bezirken, nur am Trigeminus kommen die den einzelnen drei Ästen entsprechenden Bezirke heraus. Die hyperalgetischen Felder erstrecken sich meist proximal weiter als distal. Die Grenzlinien der Teilbezirke konvergieren proximal gegen eine segmentale Mittellinie. Je nachdem die Klemme in den segmentalen Mittellinien oder Grenzlinien befestigt wird, entstehen verschiedene Konfigurationen, welche aber konstante Typen enthalten, welche Goldscheider auf Grund mühevoller Untersuchungen durch zahlreiche Abbildungen erläutert, wobei auch die durch die Überlagerung der spinalen Hautterritorien bedingten Interferenzen berücksichtigt werden. Die Mehrzahl der Hautpunkte dürfte je zwei verschiedenen Spinalgebieten angehören, besonders an den spinalen Rumpfgebieten ist die Überlagerung eine sehr starke. Aus der Anordnung der hyperästhetischen Gebiete lassen sich Schlüsse auf die Struktur der spinalen Zentren ziehen, wobei allerdings zwischen Rumpf- und Armbezirken gewisse Differenzen auffallen. An Hand und Fuß lassen die hyperalgetischen Felder Unterbrechungen erkennen, die konstant sind, was entweder auf Entwicklungsverhältnissen beruht oder für eine diskontinuierliche Versorgung der Finger durch mehrere Segmente spricht. P.

Goldscheider. Die Topographie der spinalen Sensibilitätsbezirke der Haut. Zeitschr. f. klin. Med. 1918. Bd. LXXXV. p. 1.

Mit der in obiger Arbeit beschriebenen Methode hat Goldscheider an sich selbst und einem Studenten topographische Untersuchungen angestellt und gibt eine detaillierte Beschreibung der zu den einzelnen spinalen Segmenten gehörigen Hautbezirke. Die Ergebnisse stimmen im allgemeinen mit den bekannten grundlegenden Tatsachen überein; auch die von Sherrington festgestellte Überlagerung der spinalen Zonen wird bestätigt, doch zeigen sich gegenüber den Angaben der bisherigen Autoren gewisse Differenzen im Ursprung und Verlauf der Axiallinien an den Extremitäten, bezüglich deren Details auf die vier der Abhandlung Goldscheiders beigegebenen Tafeln verwiesen sei. Interessant ist, daß im Trigeminusgebiet die mittelst der Hyperalgesiemethode erhaltenen drei Bezirke genau den Innervationsgebieten der drei Äste entsprechen und auffallend wenig Überlagerung zeigen. Es tritt also hier im Trigeminus ein metamerer Bau hervor, und die drei Äste entsprechen, wofür auch Sherrington eingetreten ist, drei Wurzelbezirken. P.

Dieden, Hermann. Die Innervation der Schweißdrüsen. Dtsch. med. Wochenschr. 1918. Nr. 38.

Die Tierexperimente Diedens ergaben das Vorhandensein von schweißerregenden und schweißhemmenden Nervenfasern. Die Schweißinnervation erfolgt ebenso wie die Innervation aller anderen Drüsen antagonistisch. Die schweißerregenden Fasern ziehen durch die Ganglien des sympathischen Grenzstranges. Reizung des Halssympathicus bewirkt Schweißsekretion im Gesicht. Den psychogenen Schweißen liegen Erregungen zugrunde, die dem vegetativen Zentrum im Zwischenhirn von der Großhirnrinde aus zufließen. Vom Hypothalamus üben die wärmeregulierenden Zentren ihren Einfluß auf die Schweißsekretion aus. Das vegetative Zentrum leitet seine Reize zu den segmentären Zentren im Seitenhorn des Rückenmarks weiter. Krankheiten, welche die Schweißzentren im Rückenmark zerstören, heben die Schweißsekretion auf; auf die entsprechenden Nervenfasern wirken dieselben Gifte ein, die die nervösen Endorgane der übrigen vom vegetativen System versorgten Organe beeinflussen, nur das Adrenalin macht hier eine Ausnahme. Zum Schlusse erwähnt Verf. die Schweiße, welche auf reflektorischem Wege z. B. durch Genuß heißer oder scharf gewürzter Speisen entstehen.

Max Joseph (Berlin).

Higier, H. Zum Kapitel der Schweißanomalien bei Rückenmarkskrankheiten. Neurol. Centralbl. 1916. Bd. XXXV. p. 361.

Higier verweist auf seine früheren Mitteilungen über das Fehlen der Schweißsekretion bei transversalen Paraplegien, gleichgültig ob die Lähmung schlaff oder spastisch war. P.



Bikeles, G., und J. *Gerstmann*. Über die vermehrte Schweißabsonderung auf der gelähmten Seite (nach Pilocarpininjektion) bei corticalen Läsionen. Neurol. Centralbl. 1915. Bd. XXXIV. p. 770.

Bei 11 Fällen von reinen Gehirnläsionen (Schädelschüssen), die meist im gewöhnlichen Zustand keine auffallend vermehrte Schweißsekretion zeigten, fand sich nach Pilocarpininjektion (0,01—0,015) eine viel stärkere Schweißabsonderung auf der gelähmten Seite, besonders der oberen Extremitäten. Rein corticale Veränderungen verhalten sich wesentlich nicht anders als die tief in das Marklager reichenden. Dies spricht dafür, daß die psychomotorische Region und wahrscheinlich speziell deren Gebiet für die obere Extremität und Fazialis mit dem Schweißzentrum in enger Verbindung bleibt. P.

Bikeles, G., und J. *Gerstmann*. Über Versuche mit schweißtreibenden Mitteln bei einem Fall von kompletter spastischer Paraplegie infolge Caries des 9. Brustwirbelkörpers. Neurol. Centralbl. 1915. Bd. XXXIV. p. 773.

Nach Injektionen von 0,01 und 0,02 Pilocarpin, wie auch nach heißem Lindenblütentee mit Ammoniumacetat trat starke Schweißsekretion am Rumpf, im Gesichte und an den oberen Extremitäten auf, während die unteren Extremitäten dieselbe auffallende Trockenheit beibehielten wie vor der Anwendung dieses Mittels. Dasselbe Ergebnis zeigte eine solche spinale Paraplegie mit schlaffer Lähmung und Fehlen der Reflexe. Der Verlauf der spinalen Schweißbahnen ist darnach noch als unaufgeklärt zu bezeichnen. P.

Adler, A. E. Über das Vorkommen von Harnsäure im Schweiße bei Gesunden und Kranken. Dtsch. Arch. f. klin. Med. 1916. Bd. CXIX. p. 548.

Mittelst der von E. Herzfeld ausgearbeiteten Methode zur colorimetrischen Harnsäurebestimmung, bei welcher auch schon 0,1 ccm Schweiß genügen, hat Adler an Eichhorsts Klinik den meist durch heißes Bad und heiße Getränke, seltener durch Pilocarpin gewonnenen Schweiß der Gesunden und Kranken untersucht. Er fand immer Harnsäure, die Werte schwanken zwischen 0,03 und 0,3 mg pro ccm Schweiß. In 6 von 11 Fällen mit reichlicher Nucleinnahrung war eine deutliche Harnsäurevermehrung gegenüber der nucleinarmen Zeit nachzuweisen. Der durchschnittliche Harnsäuregehalt des in 24 Stunden produzierten Schweißes wird auf ca. 66,7 mg geschätzt, also ungefähr 10% der im Harne ausgeschiedenen Harnsäuremenge. P.

Luce, H., und J. *Feigl*. Über latente Indoxylidrosis. Zentralbl. f. inn. Med. 1918. Jahrg. 39. p. 369.

Eine 34jährige Frau mit Purpura, Gelenkrheumatismus, Gallenstein, Polyneuritis in der Anamnese klagte darüber, daß ihre Leibwäsche immer mit einem bläulichen oder rötlichen Schimmer oder ähnlich gefärbten Flecken aus der Wäsche käme. Im Harne fanden



sich maximale Mengen von Indican, was einesteils auf das längere Bestehen einer äußeren Gallenfistel, andernteils auf länger dauernden Gebrauch von Opium wegen der polyneuritischen Neuralgien bezogen wurde. Nach Abgewöhnung des Holopons wurde die Wäsche nach einigen Wochen fleckenlos, um durch Wiederaufnahme der Holopon medikation neuerlich die Flecken zu zeigen. Es handelt sich also um Ausscheidung von Indoxyl durch die Schweißdrüsen, welches durch Behandlung der Wäsche mit dem Natriumsuperoxyd enthaltenden Waschpulver Persil aus der farblosen in die farbhaltige Stufe übergeführt wurde. P.

Segall. Über die Entwickelung und den Wechsel der Haare beim Meerschweinchen. Arch. f. mikroskopische Anatomie 1918. Bd. XCI. Abt. I.

Es war bis jetzt eine allgemein verbreitete Anschauung, daß jedes Haar nach einer bestimmten Lebensdauer ausfällt, und daß die Haarpapille, welche das erste Haar erzeugte, alsdann den Aufbau des folgenden Haares bewirkt. Im wesentlichen war man bei der Beobachtung dieses Vorganges auf die menschliche Haut angewiesen, aber diese Beobachtung mußte naturgemäß mangelhaft sein, weil Hautstücke lebender Menschen nicht genügend zur Verfügung standen, um alle Phasen des Vorganges lückenlos zu beobachten und Leichen infolge der postmortalen Veränderungen kein einwandfreies Material lieferten. Die vergleichende Untersuchung an Tieren stieß auf große technische Schwierigkeiten, weil die dichte Behaarung der Tiere dem Mikrotommesser einen zu großen Widerstand bot.

Diese letztere Schwierigkeit überwunden und in einer sehr interessanten Untersuchung ein neues Licht auf den ganzen Vorgang des Haarwiederersatzes geworfen zu haben, ist das Verdienst des Berliner Zoologen Dr. Alfred Segall. Der Verf. entfernte bei den am Meerschweinchen vorgenommenen Experimenten zunächst das Haarkleid durch äußerliche Anwendung von Baryum sulfuratum und konnte nun, da durch Anwendung dieses Mittels keine beeinträchtigende Tiefenwirkung stattfand, die Haut lebender Tiere systematisch untersuchen. Bei dieser Untersuchung hat sich die überraschende Tatsache ergeben, daß nur ein Teil der neu entstandenen Haare von der alten Papille gebildet wird, während in vielen Fällen die alte Papille zugrunde geht und eine neue Papille entsteht, von der aus der Aufbau des neuen Haares erfolgt. Die Schlußfolgerung, die der Verf. aus den durch treffliche Bilder gestützten Ergebnissen seiner Untersuchung zieht, daß beim Menschen ähnliche Verhältnisse obwalten dürften, erscheint durchaus berechtigt.

In jedem Fall ist es ungemein bedeutungsvoll, daß durch die von dem Verf. gefundenen Methoden es nunmehr möglich ist, vergleichende Untersuchungen an Tieren anzustellen. Wenn die Vermutung zutreffen sollte, daß der Haarersatz beim Menschen in gleicher Weise



vor sich geht wie bei anderen Säugetieren, so würde die bisherige Therapie, die lediglich auf die Belebung der alten Papille gerichtet war, unter Umständen auf eine neue Grundlage gestellt werden müssen. Robert Immerwahr (Berlin).

Schwarz, Emil. Die Lehre von der allgemeinen und örtlichen „Eosinophilie". Aus Lubarsch - Ostertag: Ergebnisse der allgemeinen Pathologie und pathologischen Anatomie der Menschen und der Tiere. 17. Jahrg. Abt. I. Wiesbaden 1914.

Aus dem groß angelegten Sammelreferat von Schwarz über die Eosinophilie seien im folgenden die Hauptpunkte im Zusammenhang dargestellt, soweit sie für die Leser dieser Zeitschrift ein besonderes Interesse haben.

Der erste Abschnitt des Referats ist den eosinophilen Leukocyten gewidmet. Schon Ehrlich hat neben den tinktoriellen Eigenschaften des Leukocyten mit ihrer Granulation zwei weitere Charakteristica dieser sowie der anderen granulierten Zellen betont, nämlich die, daß erstens die tinktorielle Verschiedenheit mit anderweitigen Unterschieden im physikalischen und chemischen Verhalten stets zusammenfiel und zweitens, daß die Leukocyten stets nur eine einzige Art von Körnchen führten. Bezüglich der Darstellung der eosinophilen Zellen sei auch an dieser Stelle auf die Arbeit Martinottis in der Zeitschr. f. wissenschaftl. Mikroskopie 1909 hingewiesen, die die Wertigkeit der verschiedenen Eosine für die hier in Betracht kommende Färbung einer sorgfältigen Prüfung unterzogen hat. Über den Kern der eosinophilen Leukocyten finden sich in den Arbeiten einander entgegengesetzte Anschauungen. Während einige Autoren betonen, daß der Kern der Zelle sich in keiner Weise von dem des neutrophilen Leukocyten unterscheidet, lehrt die Mehrzahl der Untersuchungen, daß dieser Kern sich in charakteristischer Weise von dem der übrigen polymorphen Leukocyten abhebt, daß also die Zelle auch durch ihren Kern morphologisch charakterisiert ist.

Der Kern der eosinophilen Zellen wurde gegenüber dem Kern der neutrophilen Leukocyten schon von Ehrlich als plumpgeformt, als Zwerchsackkern beschrieben. Besonders scharf spricht sich Jolly für die Spezifität des Kerns aus. Er ist blässer als der der Zellen, zweilappig, die beiden Lappen durch einen dünnen Chromatinfaden verbunden, seltener dreilappig oder so stark segmentiert, wie der der Zellen, aber auch dann stets blässer. Gulland bezeichnet ihn als brillenförmig. Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Kreibich, C. Über die Natur der Blutzellengranula. Wien. klin. Wochenschr. 1917. Nr. 48.

Kreibich schließt aus den Untersuchungen, daß die Granulabildung in den weißen Blutzellen dadurch zustande kommt, daß Kernsubstanz den Kern verläßt, sich dabei an bereits bestehende Bahnen hält oder nach Art eines Sekretes ohne diese in das Proto-



plasma, aber auch aus der Zelle selbst gepreßt werden kann, wodurch es zu einer Chromatinverarmung des netzförmigen Kernes kommt.

Viktor Bandler (Prag).

Lipschütz, B. Dermatologische Beobachtungen während des Krieges. Wien. klin. Wochenschr. 1917. Nr. 26.

Sämtliche Geschlechtskrankheiten (Syphilis, Gonorrhöe, Ulcus molle) zeigten während des Krieges eine starke Vermehrung. Die nicht gon. bakterielle Urethritis und durch chemische Reize hervorgerufenen Harnröhrenkatarrhe waren in sehr beträchtlicher Zahl vorhanden. Das Ulcus molle trat zeitweise in großen Endemien auf. Zur Beobachtung gelangten auch durch Selbstbeschädigung provozierte Hautveränderungen, die einem Ulcus molle oder einer Sklerose ähnlich sahen. Auf das Auftreten seltener und schwererer Dermatosen hatten die durch den Krieg modifizierten Lebensverhältnisse keinen Einfluß, ebenso wenig konnte eine auffallende Verbreitung der Hauttuberkulose nachgewiesen werden. Am häufigsten gelangten im Kriege die durch Epizoen und Dermatozoen hervorgerufenen Dermatosen, sowie die Staphylodermien zur Beobachtung.

Viktor Bandler (Prag).

Tezzoli, C. Statistisches über Haut- und Geschlechtskrankheiten im Kriege und Frieden. Wien. med. Wochenschr. 1917. Nr. 20.

Aus dem Vergleiche der Friedens- und Kriegsjahre (bis Ende 1916) ergibt sich für das Ambulatorium für Haut- und Geschlechtskrankheiten der weiblichen Mitglieder der Wiener Bezirkskrankenkasse aus den letzten 5 Jahren folgendes: Eine absolute Abnahme der Frequenz in den Kriegsjahren, ein gleiches prozentuales Verhältnis zwischen den Haut- und Geschlechtskrankheiten, eine relative Abnahme der Lueserkrankungen und eine relative Zunahme der Tripper- und Ulcus-molle-Erkrankungen, eine merkliche Zunahme der geschlechtskranken Frauen unter dem 20. Lebensjahre, eine bedeutende Zunahme der parasitären Erkrankungen, insbesondere der Krätze.

Viktor Bandler (Prag).

Narbel, P. Die Haut als Organ der Abwehr. Schweiz. Rundschau f. Med. 1918. Nr. 19. p. 368.

Antrittsvorlesung, in der die Bedeutung der Haut vom Standpunkt der modernen Immunitätslehre als Organ der Verteidigung besprochen wird.

Max Winkler (Luzern).

Dresel. Inwiefern gelten die Mendelschen Vererbungsgesetze in der menschlichen Pathologie? Virchows Archiv 1917. Bd. CCXXIV. p. 256—297.

Der Autor kommt auf Grund sehr eingehender, kritischer Studien zu dem Schluß, daß die von Mendel bei Pflanzen gefundenen Vererbungsgesetze auch bei der Vererbung vieler pathologischer Eigentümlichkeiten des Menschen wirken. Berücksichtigt erscheinen in den Studien insbesondere die Verhältnisse beim Keratoma palmare



et plantare, bei der Epidermolysis bullosa hereditaria, bei der Porokeratosis, beim Xeroderma pigmentorum, und bei der congenitalen Hypertrichosis. (Ausführliches Literaturverzeichnis!) Kyrle (Wien).

Wiener. Amoebenfärbung. Wien. klin. Wochenschr. 1917. Nr. 36.

1. Fixierung mit Methylalkohol.

2. 5 Minuten in 1 proz. Jodtinkturlösung, Umschwenken in Wasser, abtropfen lassen.

3. Löfflers Methylenblau, $1^1/_2$ Minuten Umschwenken in Wasser, abtropfen.

4. Konzentrierte Eosinlösung, welche mit Wasser 1 : 3 verdünnt wird, 1 Minute, Umschwenken, zwischen Fließpapier trocknen.

Es erscheint die Kontrastfärbung von rot und blau, wie bei Giemsa, die Bakterien sind zumeist dunkelviolett; besonders gut sind die Kerne gefärbt und differenziert. Viktor Bandler (Prag).

Malowan, S. Versuche zur Herstellung einer Giemsa-Lösung. Wien. klin. Wochenschr. 1917. Nr. 14.

Zur Herstellung einer Giemsa-Lösung werden je 0,35 g Azur und 0,30 g Methylenblau bis zur Homogenität verrieben und nachher 6,38 g Eosin wasserlöslich zugeführt, nochmals fein verrieben und das Produkt in ein Gemisch von 125 ccm Methylalkohol und 10 g Glycerin unter Umschütteln eingetragen. Nach 24stündigem Stehen wird vom Ungelösten abgegossen. Die so bereitete Lösung ist zum Gebrauch fertig und auch längere Zeit in der Zusammensetzung nicht veränderlich. Färbung von Malaria- und Trypanosomenausstrich mit der angegebenen Farbstoffmischung in neutraler oder schwach alkalischer wässeriger Lösung zeigen die völlige Äquivalenz derselben mit einer Original-Giemsa-Lösung. Viktor Bandler (Prag).

Heidenhain, Martin. Über neue Sublimatgemische. Zeitschr. f. wissenschaftl. Mikroskopie 1916. Bd. XXXIII. p. 232.

Verf. empfiehlt an Stelle der früher üblichen starken Sublimatlösungen zum Fixieren Sublimatgemische mit Formol, Eisessig und Trichloressigsäure, die nur 4,5% Sublimat enthalten. Die Formeln lauten: Sublimat 4,5, Kochsalz 0,5, Wasser 80,0 Formalin 20,0; ferner: Sublimat 4,5, Kochsalz 0,5, Wasser 80,0, Trichloressigsäure 2.0, Eisessig 4,0, Formalin 20,0. H. Stranz (Breslau)

Krugenberg, B., und E. Th. *Tielemann*. Eine neue Färbung für basische Eiweiße, die Wasserblau-, Eosin-, Phloxin-Färbung. Zeitschr. f. wissenschaftl. Mikroskopie 1917. Bd. XXXIV. p. 234.

Als spezifische Färbung für das Kollagen wird folgende Mischung empfohlen: 6 Tropfen einer 1 proz. Wasserblaufärbung mit 15 Tropfen einer 0,5 proz. Eosinlösung (wasserlöslich) und 15 Tropfen einer 1 proz. Phlozinlösung. Die Färbung gestaltet sich wie folgt:

1. Einlegen der Schnitte in die frisch bereitete Lösung für 2—10 Minuten.

2. Kurzes Abspülen in destilliertem oder Leitungswasser.

3. Kurzes Entwässern in abs. Alkohol, Öl, Balsam.

Vorbedingung für gute Resultate ist die einfache Fixierung durch Alkohol. Die Farblösung kann auch fertig unter dem Namen „Wep" von Dr. Hollborn, Leipzig, Kronprinzstr. 71, bezogen werden.

Die Färbung soll sich besonders gut für Hautschnitte (Alkohol-Zelloidin) eignen. Kollagen erscheint blau, Protoplasma violett, Kerne rot. H. Stranz (Breslau).

Szombathi, Koloman. Neue Methoden zum Aufkleben von Paraffinschnitten. Zeitschr. f. wissenschaftl. Mikroskopie 1917. Bd. XXXIV. p. 334.

Szombathi empfiehlt zum Aufkleben von Paraffinschnitten die Anwendung von Gelatine, da diese sich bei Anwendung stark alkalischer Lösungen nicht auflöst und die Schnitte nicht abschwimmen können. Außerdem färbt sich die Gelatine nicht mit. Die Technik muß im Original nachgelesen werden; sie ist nicht wesentlich umständlicher als die Anwendung von Eiweiß zum Aufkleben.

H. Stranz (Breslau).

Brunswig, H. Notiz zur Färbung nach May-Grünwald. Zeitschr. f. wissenschaftl. Mikroskopie 1918. Bd. XXXV. Heft 1.

Brunswig macht darauf aufmerksam, daß entgegen den Angaben von Kolle-Wassermann u. a. die Färbung der Kerne bei der May-Grünwaldfärbung nur bei Differenzierung mit frisch destilliertem Wasser anstelle von Leitungswasser gut ausfällt, da Spuren von Säure oder Alkali im Wasser die Kernfärbung verhindern.

H. Stranz (Breslau).

Schmidt, W. I. Über die Methoden zur mikroskopischen Untersuchung der Farbzellen und Pigmente in der Haut der Wirbeltiere. Zeitschr. f. wissenschaftl. Mikroskopie 1918. Bd. XXXV. Heft 1.

Ausführliche Darstellung der Untersuchungen für Melanophoren und Melanin, für Allophoren, Lipophoren und Guanophoren nach eigenen und anderen Methoden. Als Allophoren werden Chromatophoren bezeichnet, deren an Granula gebundener, gelber bis roter Farbstoff in Alkohol und Äther unlöslich ist, als Lipophoren alle Farbzellen die Lipochrom, fettlösliche gelbe und rote Farbstoffe enthalten, als Guanophoren solche Zellen, die durch die in ihrem Plasma eingeschlossenen Guaninkristalle gekennzeichnet sind. Die Untersuchungen erstrecken sich auf lebendiges und überlebendes Material, wie auf Dauerpräparate sowohl hinsichtlich der Färbbarkeit als der chemischen Reaktionen. Hierbei wird auch die von Bloch und Ryhnier angegebene Dopamethode eingehend gewürdigt. Zur Identifizierung der einzelnen Pigmente wird nicht nur durchfallendes, sondern auch auffallendes und polarisiertes Licht, sowie Dunkelfeldbeleuchtung zu Hilfe genommen. Einzelheiten über die Darstellungsmethoden müssen im Original nachgelesen werden. H. Stranz (Breslau).

Bruyning, F. F. Eine einfache Mikroskopiebeleuchtung, welche nicht inkommodiert. Zeitschr. f. wissenschaftl. Mikroskopie. Bd. XXXII. Heft 3.

Bruyning hat eine Mikroskopierbeleuchtung konstruiert, die aus einer fünfkerzigen Helioslampe besteht, die unter dem Mikroskopiertisch angebracht wird. Die Lampe kann mit Hilfe eines Stativs in jeder Richtung bewegt und durch einen Kondensor mit Mattscheibe so eingestellt werden, daß sie eine sehr sanfte und gleichmäßige Beleuchtung gibt, die vom Tageslicht kaum zu unterscheiden ist, und im Vergleich zu anderen Mikroskopierlampen den Vorzug hat, daß sie bei längerem Gebrauch durch Wärmeabgabe nicht unangenehm wird. F. Weichenhau (Breslau).

Jolles, Adolf. Eiweißnachweis mit Chlorkalklösung und Salzsäure. Dtsch. med. Wochenschr. 1917. Nr. 52.

Der Nachweis von Eiweiß im Harn mittels Chlorkalklösung und Salzsäure, welchen Jolles schon vor Jahren als praktisch erprobte wegen der leichten Beschaffung der Reagentien, ist doch nach seinen Erfahrungen nur als eine Vorprobe zu erachten wegen der zu geringen Empfindlichkeit dieser Reaktion. Man muß daher bei ihrem negativen Ausfall eine zweite empfindlichere Eiweißprobe zu Hilfe nehmen. Zu diesem Zwecke eignet sich vor anderen die Drei-Gläser-Probe, welche die durch Essigsäure bedingten Trübungen von Albumin leicht unterscheiden läßt. Den 5 ccm filtrierten Harn werden in der ersten und zweiten Eprouvette je 1 ccm verdünnte Essigsäure hinzugefügt, außerdem der ersten Eprouvette ein Reagens von Hydrarg. bichlor., corros., Acid. citric., Natr. chlorat. und destilliertem Wasser zugesetzt. Nach gleicher Auffüllung mit destilliertem Wasser und 10 Minuten Stehenlassen der Gläser stellt man das Dreiglas zwischen das erste und zweite und erkennt dann leicht den Unterschied der Trübung zwischen Glas I und II. Alkalische Harne sind vorher vorsichtig mit verdünnter Salpetersäure anzusäuern. Jodhaltiger Harn gibt einen im Überschuß des Reagens löslichen Niederschlag von Quecksilberjodid. Man erkennt bei dieser Reaktion Albumin im Verhältnis von 1 : 120 000. Max Joseph (Berlin).

Bildungsanomalien.

Cramer, A. Über Striae am Thorax. Schweizerische Rundschau für Medizin 1919. Nr. 12. p. 226.

Verf. hat bei 2 Mädchen im Alter von 17 resp. 18 Jahren Striae am Thorax beobachtet. Bei beiden Fällen handelte es sich um Pleuritis exsudativa. Die Striae saßen auf der gesunden Thoraxseite und waren noch rot, folglich jüngern Datums. Verf. zieht die mechanische Theorie zur Erklärung heran. Durch die Funktionsstörung der kranken Lunge dehnt sich die gesunde Seite stärker aus, wodurch eine Überdehnung der Haut und eine Zerreißung der elasti

schen Fasern stattfinden kann. Auch das Liegen auf der kranken Seite zur Ruhigstellung begünstigt die Entstehung der Affektion.

Max Winkler (Luzern).

Drusker, A. Kalkablagerung unter die Haut. Deutsche med. Wochenschr. 1919. Nr. 15.

Die Patientin Druckers hatte als Kind nach einer Diphtherie Nierenentzündung und andauernde Lähmungen der Extremitäten zurückbehalten und war seitdem schwächlich geblieben. 4 Jahre vor der jetzigen Erkrankung bildete sich am linken Handgelenk ein schmerzhaftes Knötchen, in dem Kalk enthalten gewesen sein soll. In den letzten 2 Jahren entstanden an Händen und Armen mehrere ähnliche, aber schmerzlose Knötchen, die auf Gelenken und Sehnen aufsitzen, verschieblich, teils derb, teils weich waren und gelbliche bis blaurote Oberfläche zeigten. Die mikroskopische Untersuchung eines exstirpierten Knötchens ergab im Bindegewebe der Haut einen Herd aus Kalkmassen, der von kernarmem Gewebe umgeben war. Es handelte sich also um eine Ablagerung von Kalk in das Bindegewebe der Haut ohne Veränderungen am cutanen oder subcutanen Gewebe. Unter feuchten Umschlägen erfolgte eine kleine Öffnung und Entleerung krümliger Masse. Radium tat keine Wirkung. Max Joseph (Berlin).

Folger, A. F. (Kopenhagen). Geschwülste bei Tieren. Ergeb. d. allg. Pathol. u. patholog. Anatomie (Lubarsch - Ostertag) 1917. 18. Jahrg. II. Abteilung. p. 372.

Sammelreferat. Franz Bacher (Breslau).

Loebner. Untersuchungen über das Blutserum bei Carcinom. Deutsches Archiv f. klin Med. 1918. Bd. CXXVII. p. 397.

Es besteht eine gewisse Konzentrationsveränderung (Herabsetzung der Eiweiswerte) besonders bei Ca. des Verdauungstraktus. Das Verhältnis von Globulinen und Albuminen ist etwas zugunsten der ersten verschoben. Hämoglobingehalt ist von der Eiweißkonzentration des Blutes unabhängig, steigt und fällt aber mit ihr. Serumfarbe erwies sich als uncharakteristisch. 29 Fälle.

Kurt Wiener (Breslau).

Krompecher, E. Über die Basalzellentumoren der Zylinderepithelschleimhäute mit besonderer Berücksichtigung der „Karzinoide“ des Darms. Zieglers Beitr. z. pathol. Anat. u. z. allg. Pathol. 1919. Bd. LXV. H. 1. p. 79.

Ausgehend von 20 Fällen von Neubildungen der verschiedensten mit Zylinderepithel bekleideten Organe, insbesondere des Verdauungstraktus, kommt Verf. zu dem Ergebnis, daß auch von diesen Schleimhäuten, analog den von ihm grundlegend beschriebenen Basalzellentumoren des Plattenepithels, ebenso beschaffene Geschwülste, teils solid-adenoider, teils cystischer Natur hervorgehen können, die er als Basaliome bezeichnet. Franz Bacher (Breslau).



Knebjey. Dermatosis praecancerosa n. Hospitalstidenta 1919. Nr. 45. p. 1233—1241.

Kasuistische Mitteilung. Die Affektion bestand seit 8 Jahren. Sorgfältige histologische Beschreibung. Harald Boas (Kopenhagen).

Stahr, Hermann. Durch andauernde Haferfütterung erzeugtes Epitheliom der Rattenzunge. Zieglers Beiträge z. path. Anat. u. z. allg. Pathol. 1916. Bd. LXI. H. 2. p. 169.

Durch den rein mechanischen Reiz der verfütterten Haferhaare werden an einer bestimmten Stelle der Rattenzunge, nämlich an der unpaaren Schmeckpapille des Zungengrundes, Bildungen hervorgerufen, die von kleinen Knoten bis zu großen, höckrigen, gewulsteten Tumoren alle Übergänge aufweisen. Auf Grund der histologischen Befunde nimmt Stahr an, daß es sich bei seinen Rattenzungengeschwülsten um Ansätze zu einer epithelialen Neubildung handelt. Franz Bacher (Breslau).

Weidenfeld, St. und E. *Fürer.* Studien über das Krebsproblem. Wiener klin. Wochenschr. 1918. Nr. 16.

Bei den Versuchen ergab sich folgendes Resultat: 1. Mit intravenösen Injektionen großer Dosen virulenter Kulturen von Bacterium fluorescenz liquefaciens Basel-Würzburg kann man Rattensarkom (Sa. Lewin) in vielen Fällen zur totalen Nekrose bringen. 2. Bei intravenösen Injektionen steigender Mengen ist die Wirkung auf den Tumor sehr deutlich, die Mortalität unter den Tieren bedeutend geringer. 3. Durch Kochen oder einhalbstündiges Erwärmen der Bakterienaufschwemmung auf 53° wird die Wirkung stark herabgesetzt. 4. Bei Mäusetumoren waren die Injektionen wirkungslos. Viktor Bandler (Prag).

Haecker, V. Über Regelmäßigkeiten im Auftreten erblicher Normaleigenschaften, Anomalien und Krankheiten beim Menschen. Med. Klin. 1918. Nr. 40. p. 977.

Das Interesse, welches speziell die Dermatologen den Mendelschen Vererbungsregeln entgegenbringen, macht die Erörterungen Haeckers für die Leser dieser Zeitschrift ganz besonders beachtenswert, da sie auch für die Klärung des Entstehens einer Anzahl von Dermatosen von großem Wert sein dürften. Haecker geht von der Tatsache aus, daß nur bei einem Teile sicher vererbbarer Eigenschaften die Merkmale bei den Nachkommen in konstanter und übereinstimmender Weise wieder zum Vorschein kommen, während andere Merkmale wieder in hohem Grade den Charakter des Launischen, Unberechenbaren zeigen. Diese Divergenz in der Art der Vererbung ist dem Genealogen bekannt; man findet sie beim Erforschen der Vererbungsregel in der Völkerkunde; und sie findet sich auch bei erblichen Anomalien des Menschen und bei konstitutionell bedingten „heredofamiliären" Krankheiten. Eine Erklärung für die erwähnten Widersprüche resp. für die wirklichen Zusammenhänge gibt uns die Phänogenetik oder entwicklungsgeschichtliche

Eigenschaftsanalyse. Indem diese Wissenschaft morphogenetisch und entwicklungsphysiologisch die Bildung und Entfaltung der „Außeneigenschaften" des fertigen Organismus untersucht, scheidet sie Merkmale mit (relativ) einfach verursachter und frühzeitig autonomer Entwicklung von solchen mit (relativ) komplex verursachter und durch mannigfache Korrelationen gebundener Entwicklung. Unter Berücksichtigung dieser Begriffe kann man folgende „entwicklungsgeschichtliche Vererbungsregeln" aufstellen: „Merkmale mit einfach verursachter, frühzeitig autonomer Entwicklung weisen klare Spaltungsverhältnisse auf. Merkmale mit komplex verursachter, durch Korrelationen gebundener Entwicklung zeigen, wenn zwei Varianten durch Amphimixis zusammengeführt werden, stets größere und kleinere Abweichungen vom Mendelschen Schema." So folgt der reine Albinismus im allgemeinen sehr genau der Spaltungsregel; bei nicht ganz reinem Albinismus (Albinoidismus) kann fast stets eine kompliziertere Ätiologie nachgewiesen werden, so z. B. bei den weißen Axolotln mit dunkler Iris, bei welchem nicht bloß die mangelnde Kongruenz zwischen Haut- und Augenpigmentierung, sondern auch die korrelativ verbundene Entwicklungshemmung der epidermalen und korialen Pigmentzellen auf einen etwas komplexeren Chemismus hinweist.

Für Krankheiten kann man folgenden Satz aufstellen: Eine Krankheit zeigt eine regelmäßige Vererbungsweise, wenn sie auf ein Organ oder einen Organteil von stark ausgeprägter Minderwertigkeit lokalisiert ist und wenn die Organanomalie ihrerseits infolge einer einfach-verursachten, frühzeitig autonomen Entwicklung und wegen Stabilität der zugrunde liegenden Keimplasmutation einem regelmäßigen Vererbungsmodus folgt. Eine Krankheit zeigt eine unregelmäßige Vererbungsweise, einen nur im allgemeinen heredofamiliären Charakter, wenn ihr nicht eine erbliche, lokalisierte Organonomalie mit einfach-verursachter, frühzeitig autonomer Entwicklung, eine stabile Partialmutation des Keimplasmas zugrunde liegt, sondern wenn die bedingenden konstitutionellen und entwicklungsgeschichtlichen Faktoren an und für sich komplexer Natur und stärker korrelativ gebunden sind, oder wenn eine Konstitutionsanomalie universeller Art, eine labiale Beschaffenheit des Keimplasmagefüges die Unterlage bildet. Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Kathe. Eine Mißbildung in vier Generationen. Med. Klin. 1918. Nr. 26. p. 642.

Bei einem 20jährigen Patienten stellte Kathe folgenden Befund fest: Leicht mongoloider Typus. Massige Gestalt der Füße Unförmige große Zehen. Der Nagel der rechten großen Zehe ist in der Mitte leicht eingebogen, der Nagel der linken ist vollkommen



durchspalten. Im Röntgenbilde ist die Endphalange beiderseits gegabelt. Nach dem Stammbaum, der vier Generationen umfaßt, ist die Mißbildung ein ausgesprochen recessives, das normale Verhalten dominantes Merkmal. Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Ebstein, Erich. Zur Differentialdiagnose der Flecken in der Lidspaltenzone. Med. Klin. 1918. Nr. 39. p. 965.

Ebstein weist auf die Ähnlichkeit der ochronotischen Flecken auf den Skleren und der von Hoffmann und Habermann beschriebenen bei Leuten, welche beruflich mit Ersatzschmierölen zu tun haben. Die karbolochronotischen Flecke brauchen 10—15 Jahre, die durch Schmieröle erzeugten 2—3 Jahre, ehe sie sichtbar werden. Die auf Carboleinwirkung beruhenden Flecken können nach Aussetzung der exogenen Schädigung rasch abblassen. Ein Verschwinden der Lidspaltenflecken bei der endogenen Ochronose konnte noch nicht beobachtet werden, da man den schädlichen Einfluß der Homogentisinsäure nicht auszuschalten vermag. Über ein Verschwinden der durch Schmieröle veranlaßten Flecken liegen noch keine Erfahrungen vor. Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Bostroem, A. Beitrag zur klinischen Diagnose des Hypophysenschwundes. Med. Klin. 1918. Nr. 28. p. 690.

Bei Bostroems Patientin führte das Fehlen der Augenbrauen, Achsel- und Schamhaare neben den anderen Erscheinungen zu der Annahme, daß ein Hypophysenschwund vorliegen könnte, so daß die Diagnose schon in vivo gestellt wurde. Die später vorgenommene Sektion bestätigte die Anatomie einer Hypophysenatrophie.

Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Ausch, Oskar. Akromegalie mit intensivem Diabetes und Wechsel der Haarfarbe. Med. Klin. 1918. Nr. 6. p. 131.

Der von Ausch beschriebene Fall von Akromegalie hat dermatologisch ein besonderes Interesse dadurch, daß die Bart- und Kopfhaare des Patienten, welche früher lichtblond, weich und schmiegsam gewesen waren, sich vor 4 Jahren umgewandelt hatten und schwarz und struppig geworden waren. Die Behaarung am Körper, welche vor der Krankheit fast vollkommen fehlte, nahm zu. Während schon in der älteren Literatur abnorme Pigmentierungen der Haut beschrieben wurden, waren Veränderungen des Haarpigmentes bei Akromegalie noch nicht bekannt. Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Heusner, H. I. Ein Fall von Verruca acquisita der Kopfhaut. Med. Klin. 1917. Nr. 32. p. 866.

Heusners Patient, der wegen einer hochgradigen Alopecis prämatura in Behandlung stand, bekam im Anschluß an einen Stich mit der Schere auf dem Kopf wenige Tage später eine etwa erbsengroße Verruca vulgaris papillomatosa und in der Umgebung etwa 10 Verrucae planes. Der Haarschneider, der die Verletzung mit der Schere gemacht hatte, hatte keine Warzen an den Händen. Trotz-

dem nimmt H. an, daß der Haarschneider die Warzen übertragen hat. Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Miescher, G. Ein Beitrag zur epithelialen Genese der malignen Melanome der Haut. Centralbl. f. allgem. Pathol. u. pathol. Anat. 1919. p. 353.

Verf. kommt auf Grund des positiven Ausfalls der Blochschen Dopareaktion in den Tumorzellen der Lymphdrüsenmetastase eines malignen Melanoms der Haut, soweit in den Zellen noch Pigment enthalten war, zur Bestätigung des Satzes, daß Naevi und Naevomelanome der Haut Gebilde ektodermaler Abkunft sind. Nach ihm kommen die mesodermalen Chromatophoren als Mutterzellen der Naevomelanome und ihrer Metastasen auf Grund der bisherigen Untersuchungen nicht in Betracht, weil in ihnen die Dopaoxydase fehlt. Martenstein (Breslau).

Fischer, W. und *Shen Chen Yü*. Kurzer Beitrag zur Kenntnis des Mongolenflecks. Archiv für Schiffs- und Tropen-Hygiene 1919. p. 447.

Der typische Sitz des Mongolenflecks, einem bläulichen oder grauvioletten pigmentierten Hautbezirk, ist am unteren Kreuzbein oder am oberen Teil der Gesäßspalte; in etwas mehr als 50% der Fälle ist er symmetrisch. Die Untersuchungen erstreckten sich auf 110 Chinesenkinder im Alter bis zu 12 Jahren. Mit steigendem Alter nimmt die Häufigkeit des Vorkommens ab, so daß im Alter von 7—12 Jahren es mehr Kinder ohne Mongolenfleck als solche mit Flecken gibt. Entgegen früheren Angaben F.s, daß der Fleck bei Kindern über 10 Jahren nicht mehr zu finden sei, führt er jetzt 3 Fälle an, zwei 12jährige und ein 14jähriges Mädchen, die den Mongolenfleck aufwiesen. Die Größe des Flecks schwankte von Erbsengröße bis zur Ausdehnung eines Handtellers, meist war er von der Größe eines 5-Pfennigstückes. In 5 Fällen war die Lokalisation nicht typisch, der Fleck saß 2 mal an den Oberschenkeln, 3 mal in der Conjunctiva sclerae. Martenstein (Breslau).

Axhausen, G. Zur Kenntnis und Behandlung der Melanosarkome (Chromatophoromo) der Haut. Therap. Halbmonatshefte 1920. p. 203.

A. findet an einem exstirpierten Hauttumor, in Übereinstimmung mit Ribbert, daß die Pigmentmäler, die unzweifelhaft die Vorstufe der Chromatophorome bilden, sich klinisch und histologisch mit Sicherheit von den gewöhnlichen prominenten Pigmentmälern unterscheiden lassen. Histologisch zieht die Epidermis über den Tumor hinweg, ist selbst frei von Pigment. Im Tumor selbst fehlen die typischen Naevuszellen vollkommen, an seiner Grenze besteht infiltrierendes Wachstum. Damit ist die Möglichkeit der prophylaktischen operativen Therapie gegeben.

Martenstein (Breslau).



Lubarsch, O. Zur vergleichenden Pathologie der melanotischen Gewächse. Med. Klin. 1920. Nr. 8. p. 197.

Lubarsch behandelt in großen Zügen die neueren Ansichten über die Natur der melanotischen Geschwülste. Indem er die melanotischen Gewächse bei den Tieren ins Auge faßt und das darüber Bekannte mitteilt, wirft er eine Reihe von Problemen auf, die unter Beihilfe der vergleichenden Pathologie aufzuklären wären. Als solche Probleme sind zu nennen: 1. Die primäre Lokalisation der Gewächse; 2. die Beziehungen zum Pigmentstoffwechsel und zum Alter; 3. die Bedeutung äußerer Reize und erblicher Veranlagung; 4. die Frage der Metastasenbildung und ihrer Lokalisation.

Fritz Juliusberg (Braunschweig).

v. Hoesslin, H. Über multiple Lipome und ihre Beziehungen zur arthritischen und neuropathischen Konstitution. Zentralbl. f. inn. Med. 1918. Jahrg. 39. p. 529.

Mitteilung von 6 Fällen mit zahlreichen erbsen- bis haselnußgroßen druckschmerzhaften unter der Haut verschieblichen Knötchen von mäßig weicher Konsistenz, die sich meist an der Außen- und Innenseite der Oberarme, sowie der Oberschenkel finden, indes auch am Rücken und in den Weichen nicht selten sind. Keine Abhängigkeit von Nervenstämmen oder Nervenwurzeln in der Verbreitung, hingegen auffallende Symmetrie und Größendifferenzen zwischen rechts und links. Vor der Entstehung des Knötchens wird Rötung der Haut, Brennen und Kribbeln angegeben, im Blute der Patienten mehrfach starke Lymphocytose und Vermehrung der Eosinophilen, in exzidierten Knötchen herrschen ebenfalls Lymphocyten vor und finden sich zahlreiche eosinophile Zellen. Die Träger dieser Geschwülste sind vorwiegend Leute mit arthritischer Konstitution, die vielfach von Muskel-, Gelenk- und Nervenschmerzen heimgesucht werden. v. Hoesslin nimmt für die Entstehung aller dieser Erscheinungen eine zentrale Lokalisation im Nervensystem an, analog den Spinalganglienentzündungen bei Herpes zoster. P.

Bloch, Br., und W. *Löffler*. Untersuchungen über die Bronzefärbung der Haut bei der Addisonschen Krankheit. Dtsch. Arch. f. klin. Med. 1917. Bd. CXXI. p. 262.

Nach eingehenden Vorbemerkungen über die Physiologie der normalen Pigmentbildung wird über Versuche berichtet, welche an der dermatologischen und medizinischen Klinik in Basel mit der Haut von drei schließlich durch Sektion sichergestellten Fällen von Addisonscher Krankheit angestellt wurden. Bloch und Löffler gelangen zu folgenden Schlüssen: In der Haut von Addisonkranken ist das pigmentbildende Ferment (Dopaoxydase) gegenüber normaler Haut nicht vermehrt. Die Pigmentierung bei Morbus Addisonii wird auf erhöhten Gehalt der Epidermis an Pigmentvorstufen zurückgeführt, die bei Ausfall der Nebennierenfunktion in vermehrtem Maße auftreten. Der Überschuß an Pigmentvorstufen bedingt: a) die starke



postmortale Farbstoffbildung in exzidierter Haut und in Gefrierschnitten der Haut Addisonkranker bei Erwärmung; b) die Dunkelfärbung und Niederschlagsbildung in der Basalzellenschicht bei Behandlung von Haut und Hautschnitten mit Eisenchloridlösung; c) die reichliche Pigmentbildung bei Bestrahlung der Haut Addisonkranker mit der Quarzlampe und mit Thorium-X, wodurch ihr Fermentgehalt gesteigert wird und das im Überschuß vorhandene Propigment in Melanin umgewandelt wird.

Es handelt sich bei diesen Vorgängen um Oxydation der Pigmentvorstufen (evtl. Oxydation-Kondensation bzw. Bildung einer komplexen Fe.-Verbindung). Als Propigment kommt eine dem 3,4-Dioxyphenylalanin nahestehende Verbindung in Betracht, die sowohl dem Adrenalin wie dem normalen Hauptpigment als Ausgangskörper dient. Tyrosin und Adrenalin kommen als Pigmentvorstufen nicht in Frage, indem sie durch die Dopaoxydase weder in normaler noch in Addisonhaut in Pigment umgewandelt werden. Fälle von Morbus Addisonii ohne Pigmentierung erklären sich vielleicht durch das Fehlen des normalen Oxydationsfermentes der Epidermis (der Dopaoxydase). P.

Mosbacher, E. Ein Fall von Kalkablagerungen unter die Haut im Unterhautzellgewebe. Dtsch. Arch. f. klin. Med. 1918. Bd. CXXVIII. p. 107.

Bei dem 30jährigen Manne treten seit dem zehnten Lebensjahre an verschiedenen Stellen teils mit, teils ohne Schwellung und Eiterung Knoten auf, aus welchen sich reichlich Eiter und salzartige Massen entleeren. Die Knoten sitzen vorwiegend an den Extremitäten und führen zur Bewegungsbeschränkung der Gelenke. Sie sitzen immer unter der Haut, beim Einschneiden quillt eine weißliche flüssig-feste Masse heraus, die nach 10 Minuten steinhart wird und 67,25% phosphorsauren und 24,86% kohlensauren Kalk enthält. Histologisch finden sich ein fibröses Kapselgewebe mit zahlreichen dickwandigen Gefäßen und darin eingelagert große nekrotische Massen, die Kalk enthalten. Kollagene Fasern zerfallen, keine Riesenzellen. Funktionsprüfungen ergaben keinen Anhaltspunkt für Schädigung der Niere. Im Blute fand sich nach kalkarmer Diät der Kalkgehalt gleich hoch wie bei einem gesunden Menschen. Nach kalkreicher Kost hatte der Patient eine viel größere Steigerung des Kalkgehaltes im Blute als der Gesunde, was vielleicht für eine Kalkretention in solchen Fällen sprechen würde. Ob diese das Primäre ist oder es sich um eine auf vasomotorischen Störungen beruhende Erkrankung der Gewebe mit nachfolgender Ausfällung von Kalksalzen handelt, läßt Mosbacher unentschieden. P.

Barbezat. Zur Kenntnis des Carcinoma cylindromatodes der Orbitalgegend. Virchows Archiv 1917. Bd. CCXXIII. p. 242.

Eingehende histologische Schilderung eines Falles, Vergleich desselben, mit 5 kleineren Speicheldrüsen Tumoren der Mundhöhle und



der Unterkiefergegend; kritische Beurteilung der einschlägigen Literatur. Schlußfolgerung: derartige Neubildungen sind aus Abkömmlingen von Epithelzellen aufgebaut. Die Entstehung solcher Geschwülste aus der Tränendrüse ist für keinen Fall bewiesen, ja durchaus unverständlich. Allem Anscheine nach geht die Neubildung von dem Epithel der Nebenhöhlen der Nase aus. Kyrle (Wien).

Lubarsch, O. Generalisierte Xanthomatose bei Diabetes. Dtsch. med. Wochenschr. 1918. Nr. 18.

Der Patient Lubarschs erkrankte im Felde an hochgradigem Diabetes, der nach Kuren und Entlassung sich in Neuenahr erheblich besserte. Wiederum zum Militärdienst eingezogen, wurde sein Zustand schnell schlechter, starke Lipämie und Leberschwellung traten hinzu und der letzte Ausgang war nicht mehr zu verhindern. Die anatomische Diagnose lautete Diabetes und verallgemeinerte Xanthomatose. Kein Organ zeigte die bei Diabetes gewöhnlichen Veränderungen, aber alle, auch das Knochenmark, wiesen xanthomatöse Flecke auf. Eine Gelbfärbung der Haut war irrtümlich für Ikterus gehalten worden, der aber nicht bestand. Nach den Ausführungen des Verf. hatten die Stoffwechselstörungen eine Überschwemmung der Säfte mit lipoiden Zerfallstoffen, ihre Anhäufung in den Lymphbahnen und auf diesem Wege die Xanthombildung verursacht. Trotz positiver Wa.R. bei Lebzeiten ließ der Sektionsbefund Syphilis ausschließen, doch bestand Tuberkulose in Bronchien, Nieren und Knochenmark. Verf. weist auf das häufige Zusammentreffen von Tuberkulose und allgemeinem Xanthom hin. Max Joseph (Berlin).

Hoffmann, E. Über weitverbreitete Hautxanthomatose bei hochgradiger diabetischer Lipämie. Dtsch. med. Wochenschr. 1918. Nr. 38.

Der an starkem Diabetes leidende Patient Hoffmanns erkrankte an reichlichen, weitausgebreiteten diabetischen Xanthomen, welche nicht nur die üblichen Prädilektionsstellen, die Extremitäten, sondern auch das selten ergriffene Gesicht bedeckten, auch die Schleimhäute und Zunge befielen. Daneben bestand eine Phimosis xanthomatosa. Histologisch war die teilweise Doppelbrechung an den lipoiden Einlagerungen sowie die teilweise Schwärzung durch Flemmingsche Lösung bemerkenswert. Der eigentümliche Befund am Augenhintergrund ließ auf Lipämie schließen. Die Xanthome gingen unter Phosphorbehandlung zurück. Zum Schluß der Krankheit stellte sich eine Pleuritis mit fettreichem Exsudat ein, während der infolge des hohen Fiebers die Lipämie verschwand. Xanthomatose innerer Organe wurden bei der Sektion nicht gefunden. In diesem Falle sowie bei einem Patienten von Lubarsch war der schwere mit Lipämie einhergehende Diabetes bei einem jungen, gesunden Manne infolge der schweren Strapazen im Felde entstanden.

Max Joseph (Berlin).



Bauer. Untersuchungen über die Funktion der Nebenniere, Pigmentbildung und Morbus Addisoni. Virchows Archiv 1918. Bd. CCXXV. p. 1—16.

Verf. vertritt die Ansicht, daß der M. Addisoni durch eine Störung der Nebennierensysteme bedingt ist, die darin besteht, daß die Harnsäure in der Rinde nicht in ausreichendem Maße gebunden oder im Mark nicht in ausreichendem Maße umgearbeitet werden kann, wodurch es zur Störung der Adrenalinproduktion und dadurch zur Anhäufung der Harnsäure im Organismus kommt. Kyrle (Wien).

Gerson, M. Zur Ätiologie der Addisonschen Krankheit und der Sklerodermie. Berl. klin. Wochenschr. 1918. Nr. 51. p. 1211.

Ein Soldat, bei dem durch Granatsplitter am linken Arm eine Radialislähmung entstanden war, bekam ein Ödem der rechten Gesichtshälfte, das nach Suprarenin (8 Tage lang 3 mal tägl. 5 Tropfen) schwand. Dagegen bildete sich an der linken Hand eine außerordentlich starke Auftreibung, die sich auf Unterhautzellgewebe, Knochen und Sehnen erstreckte. Er erhielt nun 3 mal tägl. 0,15 Tropfen. Nach etwa 10 Tagen entstand Braunfärbung des ganzen Körpers, einschließlich der Schleimhaut des weichen Gaumens, am stärksten war der verletzte Arm befallen. Ein zweiter Kranker, der wahrscheinlich ein Hypernephrom hat, bekam spontan Bronzefärbung. Ein dritter Kranker wies schwarzbraune Verfärbung und Schuppung an der Hand auf und Schußverletzung des N. uln. et median. Nach Entfernung der Schuppen kam helle, zarte Haut zum Vorschein, die nach mehreren Tagen wiederum dunkler als die gesunde Seite war. Die Nervenverletzung bedingt also eine Störung beim Auf- und Abbau der Haut. Alle drei waren Vagotoniker mit engen, etwas langsam reagierenden Pupillen; sie brauchen viel Wärme, schwitzen schwer; beim Bestreichen der Haut entsteht die „ligne blanche surrénale“, d. h. durch die übererregbaren Vasokonstrictoren wird die Haut weiß und rötet sich langsam. Frühere Feststellungen von Gerson ergaben, daß bei Vagotonikern Adrenalin mangelt, das als Stimulans des Sympathicus aufgefaßt wird, so daß sie Hypotonic des Sympathicus haben. Bei Sklerodermie fand sich nun der vagatonische Typ. 3 Fälle von Sklerodermie heilten bei Adrenalingebrauch (3 mal tägl. 5—8 Tropfen) in einigen Wochen bis Monaten und blieben geheilt, ein vierter wurde wesentlich gebessert. Sämtlich waren es Frauen zwischen 38—50 Jahren. Gleich günstigen Erfolg zeigten 2 Fälle von Bronchialasthma. Krakauer (Breslau).

Sieglbauer. Morbus Recklinghausen. Wien. med. Wochenschr. 1917. Nr. 33.

Sieglbauer sezierte einen 42jährigen Mann mit Morbus Recklinghausen, der neben den lichtbraunen Naevi Knoten aufwies, welche nicht nur an den feineren Verzweigungen der Hautnerven, sondern auch an den motorischen Muskelästen, an den Nervenstämmen, an



den Ästen von Hirnnerven und im Netz des Sympathicus sich fanden. Frei war das Zentralnervensystem, der Opticus und Acusticus. Der Vagus stellte in seinem Verlaufe bis zum Lungenstiel eine Kette von fingerdicken Knoten dar, der ganze Plexus oesophagus war ein dichtes Knotennetz. Die sympathischen Herzäste, die feinen N. accelerantes waren in knotige Stränge umgewandelt. An den Hautnerven war besonders auffällig, daß je kleiner ein Ästchen war, desto größer, realtiv genommen, die an ihm hängende Geschwulst. Histologisch untersucht, zeigte die Haut über den Knoten reichlich Pigment in der Malpighischen Schicht der Epidermis und in dem sich mit Fuchsin gut färbenden Bindegewebe des Koriums und der Subcutis pigmentführende verästelte Zellen, um die kleinen Gefäße dichter geschart Chromatophoren. Die Knoten selbst ballten sich aus großen Mengen von Fibroblasten auf und dazwischen waren größere Zellkerne mit deutlichen Kernkörperchen eingestreut, die lebhaft an die Zellen des embryonalen Nervenrohres erinnerten. Die Vermehrung der Fibroblasten, des Bindegewebes in den Knoten kann als eine von der Wucherung der embryonalen Ektodermzellen abhängige Differenzierung von Mesodermzellen aufgefaßt werden. Das Prinzipielle ist die Wucherung von peripheren Gliazellen, und so könnte die Erkrankung statt Neurofibromatosis auch periphere Gliomatosis genannt werden, da es gliomartige Knoten sind, die sich an den Nerven wie Perlen einer Kette aneinanderreihen. Viktor Bandler (Prag).

Schüller, A. Hypertrichosis bei Ischiadicus-Läsionen. Wien. med. Wochenschr. 1917. Nr. 46.

In 2 Fällen beobachtete Schüller eine umschriebene Hypertrichosis des Gesäßes und des Oberschenkels bei einer seit 2 Jahren bestehenden Ischias. Viktor Bandler (Prag).

Riehl, G. Über eine eigenartige Melanose. Wien. klin. Wochenschr. 1917. Nr. 25.

In den ersten Monaten des Jahres 1917 beobachtete Riehl bei mehreren Patienten eine Hautveränderung, deren Hauptsymptom eine intensiv dunkle Färbung der Gesichtshaut bildete, ähnlich wie die hochgradige Bräunung der Sportsleute. Die Haut erscheint tief dunkel gebräunt, die Farbennüance schwankt zwischen verwitternder Bronze und Schokoladenfarbe; die Verfärbung erstreckt sich über die ganze Gesichtshaut, ist am stärksten an der Stirn, Jochbein und Schläfengegend ausgeprägt, weiter erstreckt sich die Verfärbung über die Ohren, Hals, Nacken bis ins Capillitium. Die Oberfläche der Haut ist wie mehlig bestreut, leicht schuppend. Nirgends sind Spuren von Atrophie, Exsudation zu konstatieren. Bei einzelnen Kranken fanden sich auch andere Lokalisationen, so an den Händen und Vorderarmen, Achselfalten und Nabelgegend. Die Affektion juckt nicht. Anamnestisch ließ sich kein einziges auf die Entstehung der Affektion bezügliches Moment auffinden. Vergleicht man die beobachteten





klinischen Erscheinungen und die histologischen Befunde mit den bekannten melanotischen Hautaffektionen, so kann man feststellen, baß diese Art der Melanose trotz verschiedener Ähnlichkeiten keiner der bereits bekannten zugezählt werden kann. Riehl vermutet, daß ein durch die Nahrung eingeführter Körper vielleicht die Veranlassung für die Erkrankung bildet. Viktor Bandler (Prag).

Slawik, E. Haemangiome und ihre Selbstheilung durch Ulceration. Wien. klin. Wochenschr. 1917. Nr. 32.

Der Autor beobachtete bei zwei Säuglingen und bei einem zweijährigen Kinde eine Selbstheilung der Haemangiome durch Ulceration. In einem Falle stand die Exulceration im Zusammenhange mit einer floriden Lues. Der Zerfall beginnt gewöhnlich mit einer kleinen Erosion der das Haemangiom überziehenden Hautdecke, deren Infektion zu einem Geschwür führt, das sich in dem reichen Gefäßnetz der Blutgeschwulst rasch verbreitet. Die Therapie ist eine symptomatische und konservative; gut bewährte sich die Pellidolsalbe.

Viktor Bandler (Prag).

Menes. Luesgenese des Narbenkeloids mit neuen Anschauungen. Berl. klin. Wochenschr. 1919. Nr. 11. p. 246.

Zusammenfassung: Narbenkeloide entstehen 1. durch Reizung innerhalb der Wunde, z. B. durch Bakterien; 2. durch äußere Reize; daher vorzüglich am freien Kopf.

Dispositio bilden Skrofulose, Tuberkulose, Syphilis.

Rezidive entstehen: 1. durch strangartige Fortsetzungen in das gesunde Nachbargewebe, wodurch es dem Carcinom ähnelt; 2. teilweise durch seine Struktur, vermöge welcher es Verwandtschaft mit dem Sarkom zeigt; 3. durch die anfängliche zahlreichere Zellbildung als beim benignen Fibrom. Krakauer (Breslau).

Saul, E. Verrucae vulgares. Untersuchungen zur Ätiologie und Biologie der Tumoren. XXI. Mitteilung. Zentralbl. f. Bakt. I. Bd. LXXXII. p. 270.

Saul fand im Ausstrichpräparat von Verrucae vulgaris regelmäßig mit Karbolfuchsin färbbare Streptokokken, die auch im Berkefeld-Filtrat des Tumorbreies nachweisbar waren. Kultur gelang nicht, ebensowenig der Nachweis im Schnittpräparat. Wie der Verf. in einer früheren Mitteilung erwähnt, kommen Streptokokken auch als Erreger des Molluscum contagiosum und des Condyloma acuminatum in Betracht. Walther Pick (Wien).

Friedberger, E. (Nach gemeinschaftlichen Versuchen mit Schioschi, E.) Zeitschr. f. Immunitätsforsch. Orig. Bd. XXVII. Heft 6.

Die Einwirkung einer Reihe von Desinfektionsmitteln auf das Virus der Vogelpocke wird im Vergleich zu Bakterien (Prodigiosus) untersucht und in Tabellen zusammengefaßt.

Die Versuche sprechen nicht für die Ansicht von Sanfelice, wonach das Taubenpockenvirus kein lebender Erreger sei.



Mitteilung von Versuchen über die Einwirkung des ultravioletten Lichtes auf das Virus der Taubenpocke.

Die Infektivität des Taubenpockenvirus durch Verfütterung (Burnet) wird auf Grund eigener Versuche bestritten.

Marg. Stern (Breslau).

Akute und chronische Infektionskrankheiten.

Bókay. Über die Identität der Ätiologie der Schafblattern und einzelner Fälle von Herpes zoster. Jahrb. f. Kinderheilk. 1919. Bd. XXXIX. p. 381.

Bókay teilt 14 Fälle von typischem Herpes zoster mit, bei den nach 8—20 Tagen (durchschnittlich nach 2 Wochen) bei einem Kinde der Umgebung charakteristische Varizellen auftraten, ohne daß eine andere Infektionsquelle nachweisbar war. Von drei Geschwistern bekam ein Kind nach der Vaccination Varicellen, daraufhin bekam das eine der Geschwister — alle 3 Geschwister schliefen in einem Bett — auch Varicellen, bei dem anderen trat ein typischer Herpes zoster am l. Oberarm und auf dem Schulterblatt auf. Absolut beweisend ist ein von B. im Krankenhaus selbst beobachteter Fall. Ein Knabe erkrankte mit einem Zoster auf der Streckseite am rechten Fuß und unteren Drittel des Unterschenkels (Zoster im IV. Lumbalgebiet) neben vereinzelten, am ganzen Körper mit Einschluß der behaarten Kopfhaut zerstreuten, zumeist schon in Eintrocknung begriffenen Blasen; nach Verlegung auf die innere Abteilung erkranken 2 Wochen später — Inkubationsstadium der Varicellen — die zwei seinem Bett unmittelbar benachbarten Kinder mit vollkommen charakteristischen Varicellen.

Hiernach muß man es als bewiesen ansehen, daß der bisher unbekannte Infektionsstoff der Varicellen unter gewissen Umständen auch als reiner Gürtelausschlag in Erscheinung treten kann. Schon Henoch und nach ihm andere haben darauf hingewiesen, daß man beim ausgedehnten Varicellenausschlag zosterähnliche Bläschen beobachten kann.

Auf der anderen Seite muß es als fraglich gelten, ob nicht ein Teil der Fälle von Herpes zoster generalisatus, wo auf den verschiedensten Teilen der Haut gleichzeitig mit einer typischen Zostereruption kleine Bläschen mit wasserklarem Inhalt auftreten — nicht zu verwechseln mit den Fällen von „Zona universalis", wo der Zoster auf mehreren, fern voneinander liegenden Nervengebieten auftritt — identisch mit den von Bókay beschriebenen Varicellenfällen ist.

L. Kleeberg (Breslau).

Feer, E. Varicellen und Herpes zoster. Schweizerische medizinische Wochenschrift 1920. Nr. 3. p. 41.

Feer machte im Kinderspital Zürich folgende Beobachtung: Am 25. April erkrankte ein 13 Monate altes Kind an Varicellen.



Am 9. Mai erkrankte im anstoßenden Saal, der mittels Schiebtüre mit dem Saal, wo das Varicellenkind war, verbunden ist, ein 9 Jahre altes Kind an Herpes zoster. Am 26. Mai bekam der Bettnachbar Varicellen. Ein dritter Insasse dieses Zimmers erkrankte ebenfalls an Varicellen. Diese Beobachtung zusammen mit den Befunden von Bókay scheinen Verf. dafür zu sprechen, daß die Varicellen auch einmal in Form eines Zosters auftreten können.

Max Winkler (Luzern).

Gins, H. A. Über Beziehungen zwischen Tier- und Menschenpocken. Zeitschr. f. Hyg. 1919. Bd. LXXXIX. p. 231.

Umzüchtung von Menschen-, Ziegen-, Schweine- und Schafpocken in Kuhpocken vermittels Kaninchenpassagen, eine Stütze für die Unitätslehre. Wilhelm Frei (Breslau).

Anders. Über einen Fall von allgemeinen Kuhpocken (Vaccina generalisata) mit tödlichem Ausgange. Zeitschr. f. Hyg. 1919. Bd. LXXXVIII. p. 116.

Ein an einem Furunkel erkrankter, in schlechtem Ernährungszustand befindlicher Kriegsgefangener erkrankt 2 Tage nach Pockenimpfung an einer „Lungenentzündung". 7 Tage nach der Impfung sind große lokale Impfpusteln und generalisierte Vaccinepusteln vorhanden. Nach weiteren 3 Tagen Exitus unter septischen Erscheinungen. Die Sektion ergibt an Haut und Schleimhaut Vaccinepusteln, an den inneren Organen septische Veränderungen mit bronchopneumonischen Herden an den Lungen und fibrinös-eitriger Pleuritis.

Ickert. Über die Identität des Vaccine- und Variolaerregers. (Bemerkungen zu dem Aufsatz von Anders.) Zeitschr. f. Hyg. 1919. Bd. LXXXIX. p. 223.

Der Sektionsbefund des Anderschen Falles stimmt mit den Befunden bei tödlichen Pockenerkrankungen weitgehend überein und ist somit eine weitere Stütze für die Identitätslehre.

Gins, H. A. Bemerkungen zu der Arbeit von Anders. Zeitschr. f. Hyg. 1919. Bd. LXXXIX. p. 228.

Gins nimmt als Ursache für die zum Tode führende Sepsis nicht die Vaccina generalisata sondern die Lungenerkrankung an. Die Generalisierung der Vaccine erklärt er als Nebenbefund und bezieht sie auf eine infolge der Debilität des Kranken mangelhaft einsetzende Immunisierung. Wilhelm Frei (Breslau).

Hammerschmidt, Johann. Über die Herkunft der Guarnierischen Körperchen. Zeitschr. f. Hyg. 1919. Bd. LXXXIX. p. 49. (Siehe auch vorläufige Mitteilung in der Wiener klin. Wochenschr. 1918. Nr. 16.)

Auf Grund von Untersuchungen an Variola- sowie menschlichen und tierischen Vaccinepusteln wird die Anschauung vertreten, daß



die Guarnierischen Körperchen aus degenerierter, aus dem Zellkern in das Plasma ausgetretener Nucleolarsubstanz bestehen.

Wilhelm Frei (Breslau).

Böing. Eine Pockenepidemie des 18. Jahrhunderts. Sammlung klinischer Vorträge. Nr. 774. Innere Med. Nr. 261.

Bearbeitung des umgehenden Berichtes von Schwartz über die Pockenepidemie in drei westpreußischen Städten im Jahre 1796. Rein epidemiologisch. Kurt Wiener (Breslau).

Bender, Willy. Die Variolabehandlung mit Kaliumpermanganat. Berliner klin. Wochenschr. 1919. Nr. 49. p. 1160.

Die Rotlichtbehandlung der Variola mußte wieder verlassen werden, teils wegen der großen Schwierigkeiten ihrer Durchführung, teils wegen mangelnder Wirksamkeit. Dreyer - Kairo wandte, um das „Lichtfilter auf die Haut der Kranken zu verlegen", Pinselung mit Kal. permang. (gesättigte wässerige Lösung, die tiefbraune Färbung erzeugte) an, eine Behandlung, die nicht die Variola als Infektion, sondern nur ihre cutanen Erscheinungen bekämpft, sowie die daraus entspringenden Komplikationen. B. erprobte das Verfahren an 8 Kranken, indem er mit gesättigter, ca. 6,5 proz. Lösung den Patienten völlig einpinselte, und diese Pinselung, wenn Probepinselung ergab, daß sie nochmals vertragen wurde, 2—3 mal wiederholte; trat Brennen und Reizung ein, wurde auf 1,5%, evtl. noch mehr verdünnt. Täglich Pinselung bis zur spontanen Schuppenlösung. Es ergab sich, daß die Pustulation an so behandelten Stellen viel milder verlief als an symmetrisch gelegenen, gleich stark befallenen, aber nicht so behandelten Stellen der anderen Körperhälfte, daß die Heilung viel schneller erfolgte und die Narbenbildung weit geringer war. Gut war auch die desodorierende Wirkung. Eosineinpinselung war wirkungslos, also liegt kein Farbeneffekt vor. Vielmehr ist wohl die ätzende Wirkung, welche sekundäre Entzündung hervorruft und damit eine nichtspezifische Resistenzsteigerung, die Ursache der Besserung; vielleicht auch der Sauerstoff in Stat. nasc.

Krakauer (Breslau).

Hammerschmidt. Histologische Befunde bei Varicellen. Zieglers Beiträge z. pathol. Anat. u. allg. Path. 1919. Bd. LXV. H. 2. p. 346.

Zu kurzem Referat nicht geeignet. Franz Bacher (Breslau).

Knöpfelmacher. Rash bei Varicellen. Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. XXXX. p. 154.

Unter Rash versteht man ein Prodomalerythem, welches nichtspezifischer Natur ist, unter verschiedenen Formen auftritt, meist vor Ausbruch der Krankheit oder — wie bei den Varicellen hin und wieder beobachtet — vor einem neuen Krankheitsschub. Meist geht er 5—12 Stunden dem Varicellenausbruch voraus, in manchen Fällen auch 1—3 Tage, um in etwa 24 Stunden wieder zu verschwinden. Am häufigsten wird bei Varicellen der scarlatiniforme



Rash — Ausbreitung meist auf dem Thorax — beobachtet, seltener Fälle von masernähnlichem, urticariellem oder polymorphem Charakter, sehr selten der Rash in Form von Blutungen — sonst ja bekanntlich das sicherste Kriterium im Prodromalstadium der Variola. Aus seinem Auftreten läßt sich nichts für die Prognose der Varicellen schließen. Das Prodromalerythem ist wohl als eine allergische Reaktion des Körpers auf das eingedrungene Toxin aufzufassen.

L. Kleeberg (Breslau).

Franz, Th. und *Kuhner*, M. Über die Impfung von Schwangeren, Wöchnerinnen und Neugeborenen. Zeitschr. f. Kinderheilk. 1916. Bd. XIII. p. 141.

Aus 130 Impfungen an Schwangeren, 132 an Wöchnerinnen und über 300 an Neugeborenen ergab sich:

In gewissen Fällen muß eine Übertragung der Antikörper von Mutter auf Foetus zugegeben werden (pathologische Durchlässigkeit der Placenta); durch die Vaccination der schwangeren Mutter wird bei einem geringeren Teil der Fälle Immunität für Vaccine auch beim Neugeborenen hervorgerufen, die wahrscheinlich nicht lange anhält. Vom praktischen Standpunkte aus haben diese Verhältnisse keine Bedeutung. Ein wesentlicher Unterschied im zeitlichen Ablaufe der Lokalerscheinungen bei Neugeborenen und älteren Erstimpflingen ist nicht vorhanden. Die Impfung des Neugeborenen ist mit keinerlei Schädigung verbunden und ist dringend geboten bei bestehender Pockengefahr. Sie läßt sicherlich den gleichen Schutz gegen Variola erzielen wie die Vaccination in späteren Lebensmonaten. Vom geburtshilflichen Standpunkte aus besteht keine Kontraindikation gegen die Vornahme der Impfung bei Schwangeren und Wöchnerinnen. Martin Friedmann (Breslau).

Pirquet, Frh. v. Die Paravaccine. Zeitschr. f. Kinderheilk. 1916. Bd. XIII. p. 309.

1. Unter Paravaccine bezeichnet Verf. eine eigentümliche Hautinfektion, die gelegentlich nach Impfung mit Kuhpockenlymphe eintritt und sich von allen Erscheinungen der echten Vaccine scharf unterscheidet. Sie ist anscheinend identisch mit der „Vaccine rouge“ französischer Autoren.

2. Man sieht sie am häufigsten bei abgeschwächter Lymphe und bei schwacher Scarification (z. B. mit v. Pirquets Drehbohrern).

3. Sie ist klinisch charakterisiert durch langsame Ausbildung eines intensiv roten, stark erhabenen Knötchens (der paravaccinalen Papille), das in der zweiten Woche nach der Impfung einen Durchmesser von 4—6 mm erreicht, in der dritten Woche abblaßt und später spurlos verschwindet.

4. In einem Teil der Fälle sind als weitere akzessorische Phänomene zu konstatieren: Differenzierung der Papille aus einer größeren,



initialen Papel, Auftreten einer Area, Vergrößerung der Papille zur Zeit der Areabildung.

5. Die Paravaccine kommt sowohl bei Revaccinierten als auch bei Erstvaccinierten vor, ist also nicht eine allergische Modifikation der Vaccine.

6. Sie läßt sich sowohl auf denselben, als auch auf einen anderen Menschen übertragen und behält dabei ihren von der Vaccine verschiedenen Charakter.

7. Sie hinterläßt weder Immunität noch Allergie gegen nachfolgende Infektion mit Vaccine.

8. Sie dürfte durch einen Parasiten bedingt sein, der neben dem echten Vaccineerreger in der Kälberlymphe vorkommt.

9. Die Infektion mit Paravaccine erzeugt ganz unbedeutende Lokal- und keine Allgemeinerscheinungen; sie besitzt nur insofern praktische Bedeutung, als sie echte vaccinale Effekte vortäuscht.

10. Differentialdiagnostisch, ist sie von der Vaccine durch Form und Farbe des Knötchens sowie durch den Mangel der Narbenbildung, von dem Narbenkeloid durch das rasche Verschwinden zu unterscheiden. Martin Friedmann (Breslau).

Lipschütz, B. Zur Ätiologie der Paravaccine. Wiener klin. Wochenschr. 1918. Nr. 4.

Die Paravaccine stellt eine von der Vaccine vollkommen zu trennende, klinisch eigenartige Hautinfektion dar. Lipschütz fand in den in Degeneration befindlichen Zellen der oberen Lagen des Rete Malpighi Gebilde, welche eine elliptische oder unregelmäßige Form und scharfe Konturen zeigten. Sie liegen im Protoplasma der Retezellen, während eine zweite Art von Gebilden im Karyoplasma der Zelle liegt. Lipschütz glaubt diese Gebilde als Reaktionsprodukte der Zelle auf das spezifische Paravaccinevirus auffassen zu dürfen. Viktor Bandler (Prag).

Mayerhofer, Ernst. Die Vaccination mit abgeschwächter Kuhpockenlymphe. Versuche mit der Quarzlampe. Zeitschr. f. Kinderheilk. 1916. Bd. XIII. p. 361.

Da das Bedürfnis nach einer abgeschwächten und dennoch wirksamen Kuhpockenlymphe vorhanden ist, stellte Verf. Versuche an, die Lymphe vermittelst der Quarzlampe biologisch zu schwächen und sie an 100 Fällen, teils simultan mit unbelichteter Lymphe, teils durch Vergleiche zwischen 2 Kindern, auszuprobieren.

1. Das Licht der Quarzquecksilberlampe zerstört bei freier Bestrahlung die Vaccine schon nach 5 Minuten vollkommen, so daß die Pustelbildung ausbleibt.

2. Durch Anwendung verschiedener Lichtfilter konnte eine biologisch abgeschwächte, gewisse Zeit haltbare, sehr milde und verläßlich wirkende Lymphe hergestellt werden.

3. Stark wirksame Lichtfilter sind: das gewöhnliche, durchsichtige, leicht schmelzbare Glas der Impfröhrchen, gelbe Lösungen





(gesättigte Kaliumbichromatlösung), grüngelbe Lösungen (1% Pikrinsäure in einer konz. Lösung von Kupferacetat), blaue Lösungen (Kulpfersulfat usw.).

4. Technik der Belichtung: In 1 m Entfernung werden die gewöhnlichen gläsernen Impfröhrchen durch 8—10 Minuten unter Umwenden bestrahlt; oder man füllt Impfstoff in eine Quarzeprouvette und legt dieselbe verstöpselt und versiegelt in eine bei Zimmertemperatur gesättigte, wässerige, filtrierte Lösung von Kaliumbichromat. Höhe der Flüssigkeitsschicht 2—3 cm. Dauer der Bestrahlung = 40 Min.

5. Ein solcher Impfstoff bringt bei vollkommener Immunisierung eine sehr milde Kuhpockenerkrankung hervor und ist geeignet, bei Massen- und Notimpfungen von kranken, schwachen, rekonvaleszenten Kindern verwendet zu werden.

6. Die klinischen Erscheinungen bei dieser Impfung sind: verlängerte Inkubationszeit, verspätete Bildung eines gegen die Norm kleineren Impfbläschens mit kleinerem Hof; geringes Impffieber, zartere und schnellere Narben als gewöhnlich.

7. Das Virus der Paravaccine ist sehr beständig gegen das ultraviolette Licht. Martin Friedmann (Breslau).

Stühmer, A. Ausgedehnte Impfpockenaussaat unmittelbar nach erfolgloser Wiederimpfung. Med. Klin. 1917. Nr. 16. p. 453.

Der Patient Stühmers, ein Soldat, ist nach seiner Einziehung 2 mal gegen Pocken geimpft, zuletzt vor etwa 14 Tagen. 8 Tage nach der letzten Impfung treten auf dem Arme, wo die Impfung — erfolglos — erfolgt war, zahlreiche stecknadelkopf- bis linsengroße Efflorescenzen auf. Die kleinsten sind hochrote Knötchen mit entzündlichem Hof. Von ihnen bis zu linsengroßen, zentral eingedellten typischen Impfpocken finden sich alle Übergänge.

Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Soucek, Alfred. Über einen Variolafall mit Koplikschen Flecken ähnlichen Munderscheinungen und über Variola sine exanthemate. Med. Klin. 1918. Nr. 33. p. 812.

Die Krankheit bei Souceks Patienten begann mit einem maserähnlichen Exanthem, bei gleichzeitiger Conjunctivitis. An der Schleimhaut der Unterlippe finden sich teils stecknadelkopfgroße, teils etwas größere weiße, etwas erhabene Stippchen, von einem roten Hofe umgeben. Diese Stippchen sehen vollkommen wie Kopliksche Flecken aus, nur scheint ein Teil etwas größer zu sein, als die bei Masern bekannten Flecken. Einen Tag später Auftreten des Variolaexanthems. Im Anschluß an diesen Blatternfall erkrankten ein Wärter und eine Schwester. Bei dem Wärter verlief die Variola ohne Exanthem.

Fritz Juliusberg (Braunschweig).



Hoppe-Seyler, G. Zur Kenntnis der Variola. Med. Klin. 1917. Nr. 24. p. 649.

Aus der Arbeit Hoppe-Seylers seien folgende Tatsachen besonders hervorgehoben: Die Übertragung der Pocken ohne direkte Berührung, andrerseits die Tatsache, daß in der näheren Umgebung eines Pockenerkrankten viele Leute verschont bleiben, obwohl sie bei der Vaccination stark reagieren, legen die Vermutung nahe, daß bei der Übertragung auch die Vermittlung durch Zwischenträger, etwa Flöhe, Läuse, Fliegen usw., eine Rolle spielt. Das Inkubationsstadium beträgt 10—13 Tage, besonders der 12. Tag gilt als kritischer. Die schwerste Form der Variola ist die hämorrhagische, die sog. Purpura variolosa, wohl zu unterscheiden von der Variola pustulosa haemorrhagica mit sekundär auftretenden Hämorrhagien. Beide Formen geben eine schlechte Prognose.

In Deutschland verlaufen die meisten Pockenfälle unter dem Bilde der durch den Einfluß der Vaccination abgeschwächten Erkrankung, der Variolois. Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Hallenberger. Zur Ätiologie der Variola. Med. Klin. 1917. Nr. 24. p. 652.

Hallenberger gelang der Nachweis der Paschenschen Körperchen ohne besondere Schwierigkeiten in Ausstrichen von Pockenpustelinhalt, wenn dieser vor der Suppuration entnommen war, sowohl im Löfflerpräparat wie im sublimatalkoholfixierten Giemsapräparat. Von den im Löfflerpräparat opaken und matt gefärbten, ungleich großen Kolloidgranulis unterscheiden sich die Paschenschen Körperchen durch ihre gleichmäßige Größe und ihr leuchtend rotes distinktes Aussehen. Mit dem Filtrat lassen sich, wie mit dem primären Pustelinhalt, positive Impfversuche an der Kaninchenhornhaut erzielen. Durch Kolloidfilter werden die Paschenschen Körperchen zurückgehalten. Als intercelluläre Paschensche Körperchen (in den Epithelzellen der Pockenpustel und der geimpften Kaninchenhornhaut) sieht H. die etwa $^1/_4$ großen, runden Körperchen an, die in kleinen Gruppen, kurzen Ketten oder einzeln im Zellplasma zerstreut liegen und sich bereits 2 Stunden nach der Impfung nachweisen lassen. v. Prowazek nennt sie Elementarkörperchen.

Da die Guarnierischen Körperchen, die Mäntel der Pockenkörperchen, nicht von der Zelle gebildet werden, sondern als Abwehrstoffe der erkrankten Zelle anzusehen sind, die auch fehlen können, so ist der Name Chlamydozoon (Manteltier) für das Pockenvirus schlecht gewählt. Der von Lipschütz vorgeschlagene Name Strongyloplasma ist weniger irreführend.

Der endgültige Beweis für die Erregernatur der beschriebenen Pockenkörperchen, die Reinkultur, steht noch aus.

Fritz Juliusberg (Braunschweig).



Unger, L. Morphologie und Klinik der Vaccination. Med. Klin. 1917. Nr. 3 u. 4. p. 60 u. 91.

Unger gibt in Form eines klinischen Vortrags eine Übersicht über den Entwicklungsgang der Impfpocke: 1. Unmittelbar nach dem Impfakt entsteht die traumatische Reaktion, um nach 1—2 Tagen ganz zu verschwinden. Nach Ablauf des dritten Tages endet diese erste Periode der Latenz oder der Inkubation. 2. Mit Beginn des vierten Tages tritt die 2. Periode ein, das Papelstadium, zugleich das erste klinische Zeichen der spezifischen Reaktion. Es entsteht das von einer dunkelroten Aula umgebene Impfknötchen. 3. Im Laufe des fünften Tages wandelt sich die Impfpapel in das Impfbläschen um. 4. Etwa am achten oder neunten Tage tritt die 4. Periode ein, das eruptive Aufflammen der Aula zur großen Area oder Areola. Auf der Höhe des vaccinalen Prozesses erreicht die Ausdehnung der Area, die unter Störungen des Allgemeinbefindens und Fieber vor sich geht, häufig einen Durchmesser von 100 mm. 5. An die Akme des vaccinalen Prozesses schließt sich nach kritischem Fieberabfall die 5. Periode, die Involution an. Als Abweichung des Vaccinationsprozesses sind zu erwähnen: die auf dem Lymphwege entstehenden Nebenpocken, die viel selteneren, auf hämatogenem Wege zustande kommenden allgemeinen vaccinalen Exantheme und die äußerst seltene Vaccina generalisata. Bezüglich der Schilderung der histologischen Vorgänge bei der Impfpustel schließt sich der Verfasser eng an die Arbeiten von Weigert und Unna an.

Im zweiten Abschnitt der Arbeit behandelt Unger den Begriff der Revaccination in Anlehnung an die Arbeiten Bohns und v. Pirquets, um am Schluß den Begriff der Allergie zu erläutern.

Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Hirsch, Fritz. Petechiales Exanthem bei Pneumokokkenerkrankungen. Med. Klin. 1920. Nr. 7. p. 181.

Während hämorrhagische Exantheme bei der Genickstarre des öfteren beobachtet und beschrieben wurden, finden wir wenige ähnliche Beobachtungen bei andersartigen eitrigen Meningitiden. Hirsch berichtet über einen Fall von eitriger Meningitis bei Pneumonie durch Pneumokokken. Mikroskopisch erweist sich das Exanthem als grundverschieden von den bei Meningokokkenerkrankungen beschriebenen. Es handelte sich offenbar um ein rein toxisches Exanthem; es ließ sich nicht entscheiden, ob es auf Rechnung der Meningitis oder Pneumonie zu setzen war.

Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Kritzler. Bild eines Falles von Gundu (tropischer Nasengeschwulst.) Med. Klin. 1918. Nr. 33. p. 816.

Gundu (Anukhré, Fwempow, Heupuye) eine Krankheit, die man mit Syphilis, Framboesi, Lepra, Rhinosklerom usw. in Zusammenhang gebracht hat, ist eine knochenbildende Knochenhaut-



entzündung, die vom Nasenfortsatz des Oberkiefers oder vom Nasenbein ausgeht und fast immer doppelseitig ist.

Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Deussing, R. Rötelähnliche exanthematische Erkrankungen und ihr Blutbild. Deutsche med. Wochenschr. 1919. Nr. 15.

Die rötelnähnliche infektiöse Erkrankung, welche Deussing 6mal beobachtete, verlief ohne Fieber bis auf einen mit Diphtherie komplizierten Fall und war bemerkenswert durch das Fehlen der sonst für Röteln spezifischen Blutreaktion, der Drüsenschwellung und katarrhalischen Erscheinungen. Die Inkubationszeit war auffallend kurz. Alle Patienten hatten früher Masern durchgemacht.

Max Joseph (Berlin).

Salzmann, Mathilde. Über wiederholte Masern. Zeitschr. f. Kinderheilk. 1920. Bd. XXIV. p. 502.

1. Das Vorkommen der zweiten Masern ist wahrscheinlich, wenn auch der Nachweis noch nicht den strengsten Anforderungen genügt.

2. Rückfälle (Nachschübe) sind anscheinend häufiger als Wiedererkrankungen. Praktisch läßt sich die Zeitspanne bis zum Rückfall wohl mit 6 Wochen nach Ausbruch des ersten Exanthems begrenzen.

3. Die als „zweite Masern" angesprochenen Erkrankungen bieten weder in den Prodromen, noch in den Zeichen, noch im Verlauf, noch im Ausgang irgend etwas Besonderes; Allergie tritt nicht hervor.

4. Die Unfähigkeit, sich aktiv zu immunisieren, scheint eine erbliche, familiäre, konstitutionelle Eigentümlichkeit.

Martin Friedmann (Breslau).

Morgenstern, Kurt und G. *Gruber*. Multiple Hautinfarkte nach Masern. Zeitschr. f. Kinderheilk. 1915. Bd. XII. p. 100.

Ein 1 Jahr alter Junge erkrankt im Verlaufe von Masern an Pneumonia sinistra. Am 5. Tage der Erkrankung zeigen sich von der Regio infrascapularis bis in die Regio lumbalis sowie unterhalb des Trochanter maj. links zunächst Hauthämorrhagien; 3 Tage später Hautnekrosen und Schwellung des linken Beines. Exitus am 9. Tage. Es handelt sich um lokal in der Haut entstandene Thrombosen des cutanen Arteriengebietes der linken Seite. Die Thrombosen führten zur hämorrhagischen bzw. ischämischen Nekrose und brachten Bilder anämischer Infarkte mit hyperämischer Randzone hervor. Das Auffälligste des Falles war die Bevorzugung derjenigen Seite, auf der das Kind, seiner linksseitigen Pneumonie, wegen, hauptsächlich lag. Martin Friedmann (Breslau).

Degkwitz, R. Über Versuche mit Masernrekonvaleszentenserum. Zeitschr. f. Kinderheilk. 1920. Bd. XXV. p. 134.

Bei 11 Gelegenheiten, wo ungemaserte Kinder der Maserninfektion ausgesetzt waren, wurden prophylaktische Injektionen mit



Masernrekonvaleszentenserum (7—22 ccm) vorgenommen; 25 ungemaserte Kinder, die so behandelt wurden, blieben ausnahmslos gesund, während andere, die derselben Infektionsgelegenheit ausgesetzt waren und nicht behandelt wurden, erkrankten.

Die Serumgewinnung ist folgende: Am 7. bis 10. Tage nach der Entfieberung werden ca. 40 ccm Blut, komplikationslos erkrankter Masernkinder von 4 Jahren und aufwärts, entnommen; 24 Stunden langes Absetzen des Serums; Versetzung des abgegossenen Serums mit einigen Tropfen 5 proz. Carbolsäurelösung. Aufbewahrung im Keller. Martin Friedmann (Breslau).

Schiff. Allergische Analyse der Scharlacherkrankung. Jahrb. f. Kinderheilk. 1919. Bd. XXXX. p. 347.

Zu kurzem Referat nicht geeignet. L. Kleeberg (Breslau).

Trendelenburg, F. Über Nosokomialgangrän. Zeitschr. f. ärztl. Fortb. 1915. Nr. 5.

Kurze zusammenfassende Darstellung des Hospitalbrandes.
Kurt Wiener (Breslau).

Pinkus, Felix. Der Haarausfall nach Grippe. Med. Klin. 1919. Nr. 8. p. 179.

Der nach der Grippeepidemie, Oktober 1918, auftretende Haarausfall, der analog dem Haarausfall bei anderen fieberhaften Erkrankungen eine Mauserung darstellt, hat besonders, wie Pinkus hervorhebt, bei Frauen schwere, wenn auch nur vorübergehende Formen gezeitigt; denn bei durchschnittlichem Haarwachstum von 0,3—0,4 in 24 Stunden, dauert es 2 Jahre und länger, um ein frisierbares Haar von etwa 24 cm zu erhalten. Mit dem hohen Fieber starben die Haare ab, sie lösten sich von Matrix und Papille und gingen in das Kolbenhaarstadium über. Die nicht abgestorbene Matrix machte sich sofort an die Haarneubildung. Nach etwa 2 bis 3 Monaten erreichte diese Neubildung das Stadium, in welchem das junge Haar den alten Haarfollikel durchwachsen hat und in ihm den Verschluß löste, der das alte tote Haar festhielt. Nun beginnt der starke Haarausfall etwa bei der vorliegenden Epidemie um Weihnachten, ein Haarausfall, der hier mit einer außerordentlichen Berührungsempfindlichkeit der Kopfhaut verbunden war. Von einem anderen Haarausfall mit Nervenerscheinungen, den Haarausfall bei frischer Syphilis, unterscheidet sich der bei Grippe in vielen Punkten (bei Syphilis dauernde, nächtlich exacerbierende Kopfschmerzen, areoläre Form der Enthaarung, Leukoderma colli, fleckweiser Ausfall der Augenbrauen und namentlich der Cilien an den Oberlidern nebst deren charakteristischer spindeliger Verdünnung). Prognose gut. Doch zunächst entsteht ein dichtes Fell, wie ein Mäusefell, erst viel später fangen die Haare an, sich umzulegen. An einer Reihe von Beobachtungen demonstriert Pinkus die Ursache dieses Haarausfalles die Unterbrechung des Markstranges. Dieser Marklosigkeit am Haar entspricht an den Nägeln



die Querfurchenbildung (Beausche Linie), die oft an allen Fingernägeln deutlich, oft nur am Daumen oder Zeigefinger besonders rechts festzustellen ist. Diese Querfurche erreicht in etwa 100 Tagen die Mitte des Nagelblattes. Die Therapie dürfte kaum Einfluß auf die prognostisch günstige Erkrankung haben. Eventuell zu empfehlen ist ein kräftigendes Haarwasser (Menthol 0,5; Chloralhydrat 2,0; spirit. ad 100,0), Tinctura strychni, Arsen, vielleicht Brom innerlich.

Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Pulay, Erwin. Zur Pathogenese des Haarausfalls nach Grippe. Med. Klin. 1919. Nr. 50. p. 1257.

Pulay kommt zu folgenden Ergebnissen: 1. Der Haarausfall tritt nur bei jenen Individuen nach Grippe in Erscheinung, welche ein besonders ansprechbares sympathisches Nervensystem und labiles Gefäßsystem besitzen. Es sind also für das Einsetzen von Haarausfall abnorme, aus der Konstitution des Individuums resultierende Momente maßgebend. 2. Der Haarausfall stellt ein den übrigen bei Grippe zu beobachtenden Symptomen koordiniertes Symptom dar, welches aus der allgemeinen Gefäßlähmung und Atonie der Vasomotoren zu erklären ist. 3. Der Haarausfall läßt sich therapeutisch, rechtzeitig angegangen, günstig beeinflussen; die Therapie muß aber in eine allgemeine und in eine lokale zerfallen. Die allgemeine, gerichtet zur Hebung des Gefäßtonus (Adrenalin, Strychnin, Arsen, Chinin, evtl. Atropin), die lokale, zur Erzeugung von Hyperämie und lokalisierend (Quarzlicht, Teer). Die Dauer der Behandlung, namentlich der Bestrahlungen, muß sich auf Wochen ausdehnen, die Bestrahlung selbst darf nur stimulierender, nie aber reizender Natur sein. Bestrahlungen bis zu deutlicher Reaktionsbildung (Rötung, Blasenbildung) sind zu vermeiden.

Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Zurhelle, E. Zur Kenntnis der Alopecia diffusa nach Grippe. Deutsche med. Wochenschr. 1919. Nr. 20.

Bei 8 Fällen von Grippe bemerkte Zurhelle eine Ernährungs- und Wachstumsstörung des Haares, die sich als heftige Toxinwirkung darstellte. Die Papille starb schneller oder allmählicher ab und am überlebenden Haar war in meßbarer Länge und Entfernung vom Wurzelende das Zeichen der überstandenen Krankheit zu sehen. Einige Haare zeigten bei mikroskopischer Untersuchung Verdünnung und Aufhellung am Wurzelende oder etwas höher. Therapeutisch wurden gute Erfolge erzielt durch Allgemeinbehandlung mit Elarson, lokaler Höhensonnenbestrahlung und folgenden Haarwässern: Acid. salic. Menthol aa 1,0, Resorcin alb. Anthrasol aa 4,0—5,0, Spiritus vini ad 200,0 und Sublimat 0,4, Anthrasol 10,0, Perkaglycerin 1—3,0, Spirit vini (70%) ad 200,0. Max Joseph (Berlin).

Zuelzer. Die Untersuchung des Exanthems bei latentem Fleckfieber und bei Malaria nach der Weißschen





Capillarbeobachtungsmethode. Münch. med. Wochenschr. 1918. Nr. 50. p. 1401.

Im Original nachzulesen. Alfred Perutz (Wien).

Loewenthal. Eigenartiges Ulcus der äußeren Haut bei Typhus abdominalis im Anschluß an Thrombophlepitis. Deutsches Arichiv f. klin Med. 1916. Bd. CXIX. p. 286.

Im Gefolge einer Thrombophlebitis der V. femoralis sin. bei Typhus abdominalis scharfkantiges, pfenniggroßes, torpides Hautulcus, das mit eingezogener Narbe verheilt. Im Reizserum keine Typhusbacillen. Kurt Wiener (Breslau).

Schultz, Werner. Zur Differentialdiagnose der Maul- und Klauenseucheinfektion beim Menschen. Med. Klin. 1919. Nr. 34. p. 817.

Es handelt sich bei Schultzes Fall um ein 2 Jahr 4 Monate altes Kind, welches seit 2 Tagen fieberhaft erkrankt mit der Diagnose Scharlach ins Krankenhaus eingeliefert wurde. Es bestanden folgende Symptome: aphthen- und diphtherieähnliche Veränderungen der Mundhöhle, eine circumorale Affektion entzündlichen Charakters mit Bläschenbildung, ein Ausschlag auf der äußeren Haut, der sich teils diffus scarlatiniform, teils fleckig präsentierte. Das Kind hatte vorher ungekochte Milch maul- und klauensäuchekranker Kühe genossen. Diese Tatsache gab schließlich in diagnostischer Hinsicht den Ausschlag. Bezüglich der verschiedenen Formen der Maul- und Klauenseuche beim Menschen verweist der Verf. auf die Arbeit M. Fischers, Med. Klin. 1912, Nr. 1. Die Buntheit der Symptomatologie macht die Diagnose mangels eines geklärten Erregernachweises öfters äußerst schwierig, wie noch zwei weitere mitgeteilte Fälle zeigen. Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Steiner, Rudolf. Ein primäres Kehlkopferysipel. Med. Klin. 1917. Nr. 15. p. 422.

Wie Steiner hervorhebt, ist die Existenz eines primären Kehlkopferysipels durch einige wenige Beobachtungen sichergestellt. Er berichtet über einen derartigen tödlich verlaufenend Fall. Der Prozeß hatte sich, wie die Sektion ergab, direkt auf die Trachea, die Bronchien und die Lungen fortgepflanzt.

Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Nobel, E. und J. *Zilczer*. Über die Infektiosität des Erysipels während der Rekonvaleszenz. Med. Klin. 1918. Nr. 20. p. 491.

Nobel und Zilczer suchten die in der Überschrift enthaltene Frage in der Weise zu beantworten, daß sie die Schuppen Erysipelkranker zu Beginn der Abschuppung und weiterhin auf die geeigneten Nährböden übertrugen, das Wachstum hämolytischer Streptokokken feststellen und diese noch durch Tierversuche prüften. Sie kommen zu dem Schlusse, daß die Schuppen bei Erysipel während der Rekonvaleszenz noch lange Zeit nach der Entfieberung (bis ca. 3 Wochen)



hämolytische Streptokokken beherbergen können; die Übertragung der Krankheit scheint also durch die Schuppen möglich.

Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Kraus, Otto. Ein Beitrag zur Frage der Erysipelbehandlung. Med. Klin. 1918. Nr. 30. p. 732.

Kraus hat eine Anzahl Erysipelfälle in der Weise behandelt, daß bei der einen Gruppe lediglich lokale Maßnahmen (Burowumschläge, Jodtinktur) zur Anwendung kamen. Eine zweite Gruppe wurde mit Diphtherieantiserum behandelt, eine dritte mit 5 ccm 10 Minuten lang im Wasserbad abgekochter Kuhmilch intraglutäal injiziert. Die Behandlung erfolgte in den ersten 3 Krankheitstagen, meistens am 2. Tage. Die zehn mit Milch behandelten Fälle heilten prompt aus. Die gleiche Menge von Serum (Diphtherieantiserum) erwies sich bei weitem weniger wirksam. Die lokale Behandlung kürzte den Verlauf nicht wesentlich ab.

Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Stauber, S. Zur Therapie des Erysipels. Med. Klin. 1918. Nr. 43. p. 1055.

Die von Stauber empfohlene Behandlung des Erysipels mit 10proz. wässeriger Argentum-nitricum-Lösung wird folgendermaßen ausgeführt: Nach Reinigung der erkrankten Hautstelle mit Benzin wird die Höllensteinlösung mit einem Wattepinsel bis ca. 3 cm in die gesunde Haut fortgeführt, wobei darauf zu achten ist, daß kein Teil der Lösung auf die Bindehaut oder auf das Trommelfell kommt. Bei Befallensein der Kopfhaut, wird das Haar kurz geschnitten. Die Pinselungen werden am Tage vorgenommen und die Kranken dem hellen Lichte ausgesetzt. Nach 15 Minuten wird der bestrichene Bezirk grau, dann schwarz. Das wirksame Prinzip der Höllensteinätzung besteht sowohl einerseits aus der Leukocytose, andererseits aus der Serotaxis. Dem sauerstoffarmen Lapisätzschorf wandern die sauerstoffreichen Leukocyten entgegen. Der durch Zersetzung des Höllensteins frei gewordenen Säure fließen die reduzierenden Eiweißkörper der Lymphe entgegen.

Die wissenschaftlich begründete Methode hat auch praktisch dem Autor außerordentlich günstige Resultate ergeben.

Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Hirsch, C. Zur Therapie des Erysipels. Med. Klin. 1918. Nr. 50. p. 1226.

Unter Hinweis auf die Empfehlung Staubers zur Höllensteinbehandlung des Erysipels bemerkt Hirsch, daß es sich um eine alte von Wernher eingeführte Behandlung handelt, die leider in Vergessenheit geraten sei. Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Janßen, H. Ein Fall von primärer Munddiphtherie beim Säugling. Zeitschr. f. Kinderheilk. 1919. Bd. XXIV. p. 179.

Ein 14 Tage altes Brustkind bot folgenden Befund: Septisches Aussehen, in der Mund- und Oberschenkelgegend Pemphigusblasen

von Linsengröße neben Borken tragenden Stellen. Am scharfen Rande des Alveolarfortsatzes beiderseits der Mittellinie befand sich eine glänzende, weiß verfärbte, leicht erhabene 10—14 mm breite Stelle. Leichte Lockerung der Schleimhaut des Alveolarfortsatzes. Es lag kein Geschwür, sondern nur eine in filtrierte Fläche mit erhaltenem Oberflächenepithel vor. Positiver Bacillenbefund. Heilung nach 2000 I. E. ohne weiteres Fortschreiten.

Martin Friedmann (Breslau).

Jaffé, Dr. R. und Dr. H. *Schloßberger*. Über die Wirkung der Diphtheriebacillen bei percutaner Infektion. Arb. a. d. Inst. f. exp. Th. usw. 1920. H. 9. p. 21.

Einwanderung der Bacillen erfolgt durch kleine Epitheldefekte, ist aber auch auf dem Wege der Haarbälge möglich und in geringem Maße beobachtet. Toxinwirkung erfolgt auch durch die unveränderte Haut. Resorption des Toxins auf dem Lymphwege. Histologisch: Nekrose und Leukocytenanhäufungen. Fibrinausscheidung fehlt. Kontrollversuche mit Alteration der Haut oder mit Einreiben von Bac. prodigiosus ließen die Di-Veränderungen als spezifisch erkennen.

H. Biberstein (Breslau).

Leendertz, Guido. Primäre Vaginal- und Hautdiphtherie mit postdiphtherischen Lähmungen. Med. Klin. 1920. Nr. 6. p. 151.

Die $5^1/_2$jährige Patientin von Leendertz infizierte sich von der Halsdiphtherie ihres Bruders aus. Die Rachenorgane der Patientin waren nicht befallen, wohl aber wies die Vulva, Vagina und umgebende Haut diphtherische Erkrankung auf. Am 12. Behandlungstage trat eine Blasenlähmung, am 48. eine Mastdarmlähmung auf, am 31. Tage kam es zu Paresen des Gaumensegels, der Abducentes, der Oculomotorii und zur Ataxie der Beine. Allmählich gingen sämtliche Lähmungen zurück. Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Bókay. Hautemphysem bei intubierten Krupp-Fällen. Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. LXXXIX. p. 461.

Besprechung der Ursache für das an und für sich seltene Auftreten des Hautemphysems auf Grund vier eigner Beobachtungen bei 2000 Intubationen. Als Ursache ist vor allem die Alveolenruptur infolge erheblich erschwerter Exspiration — Verstopfung der Tubusöffnung durch Pseudomembran — anzusehen, ferner infolge falscher Wegbildung bei der Intubation entstandene schwere Kehlkopfläsionen und tiefgreifende zur Perforation führende Decubitalgeschwüre. Von Spengler wurde ein Fall mitgeteilt, wo es ohne langes Liegen des Tubus und der Kanüle und ohne daß die geringsten Atembeschwerden vorhanden waren, zum Hautemphysem kam.

L. Kleeberg (Breslau).

Linck. Beitrag zur Kenntnis der Rotzpyämie beim Menschen. Med. Klin. 1917. Nr. 36. p. 959.

Linck berichtet über 2 Fälle von akuter Rotzpyämie, bei



denen erst bei der Sektion die richtige Diagnose gestellt wurde. Er erörtert den möglichen Infektionsmodus, betont, daß derartige Fälle wohl häufiger zur Beobachtung kommen werden und die Diagnose möglichst schnell auf bakteriologischem Wege gestellt werden müßte. Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Marxer, A. Weitere experimentelle Untersuchungen über aktive Immunisierung gegen Malleus. Zeitschr. f. Immunitätsf. Orig.-Bd. XXVIII. H. 6.

Verf. zeigt, daß man mit glycerinierten Rotzbacillen erfolgreich gegen die Rotzkrankheit immunisieren kann, während durch ammoniakalische Lösung oder Trikresollösung abgetötete Rotzbacillen ein Schutz nicht verliehen wird. Marg. Stern (Breslau).

Zieler, Karl. Erfolgreiche Behandlung eines Falles von chronischem Nasenrotz mittels Antovaccine. Deutsche med. Wochenschr. 1920. Nr. 8.

Während der chronische Rotz der Schleimhaut beim Menschen bisher für eine unbedingt tödliche Erkrankung galt, konnte Zieler vor längerer Zeit bereits eine Heilung durch aktive Immunisierung erzielen und weist hierauf in Erwähnung eines ähnlichen Erfolges, den Fischer in Nr. 3 dieser Wochenschrift berichtet, nochmals hin. Den chronischen Rotz der Haut sah er zuweilen spontan, zuweilen unter Hg oder Jod heilen. Für die Umgebung erschien der chronische Rotz wenig gefährlich, auch bei Tierimpfungen wurde erst nach 7—8 Tagen oder sogar erst bei Überimpfung auf ein zweites Meerschweinchen ein sicheres Ergebnis beobachtet. Max Joseph (Berlin).

Herzog, Gg. Zur Pathologie des Fleckfiebers. Centralbl. f. allg. Path. u. pathol. Anat. Bd. XXIX. Nr. 4. p. 97.

Den Dermatologen interessiert besonders nur das pathologisch-anatomische Bild der Roseolen, wobei Herzog auf die Befunde von Eugen Fränkel hinweist, dessen diesbezügliche Publikationen ja hinreichend bekannt sind. Sigismund Bochyński.

Lehndorff, A. Über Exanthem bei Fleckfieber. Zentralbl. f. inn. Med. 1916. Jahrg. 37. S. 529.

Unter 49 sicheren Fällen von Fleckfieber zeigten 6 ein wohlcharakterisiertes Exanthem im Bereiche des hinteren Teiles des harten Gaumens, der Uvula und der hinteren Gaumenbögen bestehend aus 2 bis 4 über linsengroßen, häufig länglich geformten, zackig begrenzten Erythemfleckchen von bläulichroter Farbe, in deren Zentrum ein solitärer mehr kreisrunder schwärzlichblauer Fleck war, der bei Druck mit dem Spatel bestehen bleibt, während das umgebende Erythem bei Druck abblaßt. Dieses Exanthem war ungefähr am achten Krankheitstag am deutlichsten ausgebildet, um dann rasch spurlos zu verschwinden. Es fand sich durchwegs in schwereren Fällen (einer endete tödlich) und stellt nach Lehndorffs Meinung den der Hautroseole analogen Prozeß an der Rachenschleimhaut dar. P.



Arnold, W. Die Leukocytose in ihrer Beziehung zur Klinik des Fleckfiebers, Fünftagefiebers, der Arthigonvaccinierung usw. Zeitschr. f. klin. Med. 1918. Bd. LXXXVI. p. 191.

Fortlaufende Untersuchung der Gesamtzahl von Leukocyten, ferner der Prozentverhältnisse der Neutrophilen und Lymphocyten, der alten reifen und der jungen Neutrophilen, der Eosinophilen und der großen mononukleären Zellen, sowie der Mast und Übergangszellen bei Normalen und Fieberfällen, sowie bei Arthigoninjektionen. Die Mengenverschiebungen hierbei folgen so schnell, daß sie nicht nur durch vermehrte und verminderte Bildung, sondern auch durch Ausschwemmungen aus Sammelstellen erklärt werden müssen. Kurven der Leukocyten, wie Allgemeinerscheinungen sind individuell charakteristisch; bei steigender Dosis kommt es zu häufigeren Temperatur- und Leukocytenzacken. Temperatur- und Leukocytenkurve verhalten sich gegensinnig. Die reifen alten Neutrophilen erzeugen vor allem die Zacken der Kurven, die Eosinophilen sind oft umgekehrt proportional den übrigen myeloischen Zellen. P.

Grzywo-Dabrowski. Untersuchungen über die pathologische Anatomie des Fleckfiebers. Virchows Archiv 1918. Bd. CCXXV. p. 299—319.

Die Arbeit bestätigt die schon von anderen Autoren erhobene Tatsache, daß sich ähnliche Infiltrate wie im Bereiche der Roseola, auch an den verschiedensten inneren Organen feststellen lassen.

Kyrle (Wien).

Kyrle, J. und *Morawetz,* G. Weiterer Beitrag zur Frage der papulo-nekrotischen Umwandlung des Fleckfieberexanthems. Wiener klin. Wochenschr. 1916. Nr. 14.

Die Autoren haben in einem Vortrage berichtet über Beobachtungen von Umwandlungsvorgängen an zahlreichen Fleckfieberexanthemflecken. Das Charakteristische der Erscheinungen lag darin, daß an den Roseolen zur Zeit, da ihre Rückbildung erfolgen sollte, ein Infiltrat manifest wurde, das allmählich zu einer typisch papulösen Efflorescenz führte, die dann an der Oberfläche nekrotisierte und mit Pigmentierung und Narbe ausheilte.

Histologisch fanden sich Wandschädigungen der kleinsten Capillaren und Präcapillaren bis zur totalen Nekrose, eigentümliche Infiltratsansammlungen im Verlaufe der Gefäße mit großen plasmareichen Elementen. Aus den schweren Gefäßwandläsionen erklärt sich das Nekrotisieren an der Kuppe der Efflorescenzen. Weitere Beobachtungen bestätigten diese Befunde. In beiden Fällen hat es sich um Fleckfieberfälle gehandelt, die vom Beginn an die schwersten Krankheitssymptome dargeboten haben; die Beobachtung an diesen Fällen hat gelehrt, daß die anatomischen Läsionen im Bereiche der Roseola an Intensität erst allmählich derart zugenommen haben, daß schließlich so beträchtliche Gewebsreaktionen erfolgten, daß



hierdurch das klinische Bild von papulös-nekrotischen Efflorescenzen bedingt wurde. Viktor Bandler (Prag).

Lipschütz, B. Über die hämorrhagische „Hautreaktion“ bei Fleckfieber. Wiener klin. Wochenschr. 1916. Nr. 26.

Die Haut Fleckfieberkranker reagiert innerhalb der ersten Krankheitswoche auf mechanische Traumen in charakteristischer Weise, welche Lipschütz als „hämorrhagische Reaktion“ (H.R.) bezeichnet. Die H.R. liegt stets im Niveau der Haut und ist verschieden stark ausgebildet, ihre Form und Größe entspricht sehr häufig den Dimensionen des gesetzten Trauma. Die Schnittwunde wird hämorrhagisch und die umgebende Hautzone zeigt eine bläulichviolette Verfärbung. Die H.R. tritt 24 Stunden nach dem gesetzten Trauma auf, nach 3 Tagen gelangt die H.R. zur Rückbildung mit Hinterlassung eines Pigmentfleckes. Das Auftreten der H.R. ist in der besonderen Schädigung und Brüchigkeit der kleinen Hautgefäße gelegen, dazu kommt ein herabgesetztes Blutgerinnungsvermögen. Viktor Bandler (Prag).

Schwoner, J. Über die hämorrhagische Hautreaktion bei Fleckfieber. Wiener klin. Wochenschr. 1916. Nr. 45.

Aus den Ausführungen Schwoners geht hervor, daß die von Lipschütz beschriebene hämorrhagische Hautreaktion nicht ein für Fleckfieber charakteristisches System darstellt, da dieselbe auch bei anderen Infektionskrankheiten wie Scharlach, Masern beobachtet wird. Viktor Bandler (Prag).

Simeček, J. Pemphigoides Exanthem als Folgeerscheinung der Choleraschutzimpfung. Wiener klin. Wochenschr. 1916. Nr. 20.

Der Autor beobachtete bei einem Soldaten nach der 2. Choleraimpfung ein pemphigoides Exanthem, das er als Ausdruck einer Überempfindlichkeit betrachtet. Viktor Bandler (Prag).

Arzt, L. Über Exantheme bei Cholera asiatica. Wiener klin. Wochenschr. 1917. Nr. 29.

Bei 4 Fällen von bakteriologisch festgestellter Cholera beobachtete Arzt das Auftreten von Hauterscheinungen in Form eines Exanthems. Die Primärefflorescenzen des Ausschlages waren kleine, meist braunrote Maculae, die in allen Fällen konfluierten. Die Lokalisation war verschieden, in 2 Fällen waren die Beugeseiten der Arme, zweimal die Gegend der Rippenbögen befallen. Eine bestimmte Lokalisation läßt sich nicht feststellen, doch waren bestimmte Körperteile, wie Gesicht, Hals, Hände, Unterschenkel frei. Das Exanthem trat bei allen Kranken in der Rekonvaleszenz nach Cholera auf, sämtliche Erscheinungen, die 4—5 Tage andauerten, heilten ab. Die Bezeichnung der Hauterscheinungen als toxisches Erythem dürfte nach der klinischen Beobachtung, Gelenkserscheinungen, Handhämorrhagien, Nasenbluten berechtigt erscheinen.

Viktor Bandler (Prag).



Nobel und *Zilczer*. Paratyphus A - Fälle mit Exanthem. Deutsche med. Wochenschr. 1918. Nr. 27.

Bei 16 Fällen von Paratyphus A, welche einem 3—4 Wochen dauernden mittelschweren Abdominaltyphus glichen, fanden Nobel und Zilczer Roseolen von verschiedener Größe, Prominenz und Ausbreitung. Diese hatten manchmal Ähnlichkeit mit den bei Typhus oder Paratyphus B erscheinenden Exanthemen, manchmal mit Fleckfieberexanthem. Histologisch (Kyrle) ergab sich der Unterschied, daß beim Paratyphus die Gefäßwand unverändert, die Infiltration aus kleinen Lymphocyten gebildet ist, während beim Fleckfieber die Gefäßwand geschädigt ist, im Gefäßinnern Thromben bestehen und das Hauptkontingent der Infiltratmasse von großen Lymphocyten und gewucherten adventitiellen Zellen gebildet wird.

Max Joseph (Berlin).

Merian, L. Haar- und Nagelveränderungen nach Grippe. Korrespondenzbl. f. Schweiz. Ärzte 1919. Nr. 5. p. 139.

Verf. macht auf den starken Haarausfall nach der Grippe aufmerksam, der sich 2—3 Monate nach dem Überstehen der Krankheit einzustellen pflege. Durch das Grippegift werde die Haarwurzel geschädigt, es komme zum Absterben des Haares, das von einem neuen nachwachsenden Haare nach obengenannter Zeit ausgestoßen werde. Merian lenkt gleichzeitig die Aufmerksamkeit auf die Furchenbildung an den Nägeln, die ebenfalls auf eine Ernährungsstörung durch die Infektion zurückzuführen sei. An dem Stand der Furche lasse sich ein Rückschluß auf die Zeit der fieberhaften Infektion machen, was unter Umständen forensisch wichtig sei.

Zur Behandlung des Haarausfalls empfiehlt er allgemeine Kräftigung durch hygienisch-diätetische Maßnahmen. Innerlich Pilocarpin oder Arsen, äußerlich Massage, Elektrisieren, vorsichtige Bestrahlungen mit der Kromayerschen Quarzlampe. Er warnt vor zu energischen Prozeduren; wie starkes Kämmen, häufige Seifenwaschungen, starkwirkenden Einreibungen. So möchte er die reizenden Mittel, wie Cantharidin, Perubalsam, Chrysarobin, Pyrogallus, Hg usw. aus der Behandlung anfänglich ausgeschaltet wissen und nur mit milden Schwefel- und spirituösen Kuren anfangen.

Max Winkler (Luzern).

Bois, du. Postgrippöse Alopecie. Schweizerische Rundschau für Medizin 1919. Nr. 2. p. 23.

Verf. macht auf die Häufigkeit des postgrippösen Haarausfalles aufmerksam, der diffus aufzutreten pflege und bei dem es manchmal innerhalb weniger Tage zum Verlust eines Drittels bis zur Hälfte des Haares komme. Er pflege 8—10 Wochen nach der Rekonvaleszenz aufzutreten, wenn die abgestorbenen Haare durch nachwachsende neue ausgestoßen werden.

Du Bois glaubt, daß man die Dauer der Alopecie verringern könne, wenn gleich nach der Rekonvaleszenz mit einer Behandlung



bestehend in energischer Massage mit einem Haarwasser begonnen werde. Er meint, daß man die Atrophie einer gewissen Zahl von Bulbi bei rechtzeitigem Eingreifen vermeiden könne, so daß auch Hochgradigkeit der Alopecie abnehme.

Am besten hat sich dem Verf. folgendes Haarwasser bewährt: Acid. acet. 3,0, Ol. Therebintin. 10,0, Ol. Vaselin. 20,0, Tinct. Betulae 25,0, Tinct. Cantharid. 25,0, Spirit. balsam. 50,0, Spirit. camphorat. 100.0. Max Winkler (Luzern).

Ochsenius. Über Erythema infectiosum. Münch. med. Wochenschr. 1917. Nr. 26. p. 838.

Klinik und Differentialdiagnose des E. i. Krankengeschichte von selbstbeobachteten Fällen. Alfred Perutz (Wien).

Glaser, F. (Berlin-Schöneberg). Die Behandlung des Scharlachs mit Rekonvaleszentenserum. Zeitschr. f. klin. Med. 1916. Bd. LXXXIII. p. 41.

Eine Literaturzusammenstellung ergibt, daß bei 72 Scharlachpatienten, die mit Scharlachrekonvaleszentenserum gespritzt wurden, eine Mortalität von 8,3%, bei Anwendung von Normalserum in 39 Fällen eine solche von 10,3% erzielt wurde. Er hat dann in 15 Fällen während der drei ersten Krankheitstage 50—80 ccm Rekonvaleszentenserum intramuskulär gespritzt und in 40% kritischen Temperaturabfall gesehen. Bei einem Falle von Scarlatina gravissima erfolgte trotz rechtzeitiger Seruminjektion der Tod. Die Scharlachkomplikationen wurden durch diese Art von Einspritzungen nicht verhindert. Nebenwirkungen wurden nicht beobachtet. Bei 28 während der ersten 3 Krankheitstage mit größeren Mengen Rekonvaleszentenserum intravenös gespritzten Scharlachfällen wurde fast stets kritischer Temperaturabfall beobachtet. Bei Scarlatina gravissima konnte der Tod häufig nicht verhütet werden; vielleicht deswegen, weil nicht stets Mischserum zur Verfügung stand. Das Auftreten der Scharlachkomplikationen wurde durch die intravenösen Injektionen nicht verhütet. In 25% der Fälle traten Schüttelfröste auf, die viermal mit Herzschwäche verbunden waren. Infolge der von ihm beobachteten Nebenwirkungen (Schüttelfröste und besonders Herzschwäche) ist nach Glasers Meinung die Behandlung des Scharlachs mit Rekonvaleszentenserum noch nicht aus dem Versuchsstadium herausgetreten. P.

Reiche, F. (Hamburg). Erysipelas staphylococcicum. Zentralbl. f. inn. Med. 1914. Jahrg. 35. p. 969.

Den seltenen Fällen, wo bei klinisch typischem Erysipel andere Erreger als Streptokokken gefunden wurden, reiht Reiche einen weiteren an, bei welchem nach einer Woche der Tod eintrat und die Sektion Eiterherde in den Lungen und der Prostata, sowie eitrige Meningitis ergab. Aus dem Herzblut wuchsen zahlreiche Kolonien des Staphylococcus albus. Klinisch besteht kein Unterschied gegenüber den durch Streptokokken bedingten Erysipelen, nur scheint es



bei den durch Staphylokokken bedingten häufiger zur Invasion ins Blut und pyämischen Gesamterscheinungen zu kommen. P.

Levy, M. (Berlin). Allgemeininfektion mit Staphylococcus albus als Ursache hämorrhagischer Diathese. Zeitschr. f. klin. Med. 1916. Bd. LXXXIII. p. 350.

Mitteilung von 4 Fällen aus His' Klinik, welche den schwankenden remittierenden Verlauf der Werlhofschen Krankheit zeigen, zum Teil mit Gelenkschwellungen und Endocarditis einhergingen und trotz wiederholtem Nachweis von Staphylococcus albus geheilt wurden. P.

Uhlenhuth und *Fromme*. Experimentelle Untersuchungen über den Infektionsmodus, die Epidemiologie und Serumbehandlung der Weilschen Krankheit. (Icterus infectiosus.) Zeitschr. f. Immunitätsf. Orig.-Bd. XXVIII. H. 1/2.

Für ein kurzes Referat nicht geeignet. Marg. Stern (Breslau).

Clemm, W. N. Ein Fall von Varicellenerkrankung beim Erwachsenen. Therap. d. Gegenw. 1918. p. 328.

Kasuistik. Walter Pick (Wien).

Hallenberger, Otto (Kiel). Über den diagnostischen Wert des Blutbildes bei Pocken. Zeitschr. f. klin. Med. 1918. Bd. LXXXVI. p. 358.

Die von manchen Autoren behauptete differentialdiagnostische Verwertbarkeit einer Lymphocytose und Vermehrung der großen Mononucleären Ehrlichs wird von Hallenberger auf Grund der Untersuchung von 38 Fällen einer Epidemie in Kiel abgelehnt. Weder die Lymphocytose, nach die große Mononucleose sind genügend konstant oder charakteristisch, die Differenzen im Vorkommen der letzteren bei klinisch nicht verschiedenen Fällen sind vielleicht auf vorausgegangene Impfungen zurückzuführen. P.

Justitz, L. Zur Therapie der Blattern. Wiener klin. Wochenschrift 1917. Nr. 41.

Der Autor empfiehlt zur Behandlung der Blattern frische gesättigte Kaliumhypermanganlösungen. Viktor Bandler (Prag).

Csernd, *Furka*, *Gerlóczy* und *Kaiser*. Über die Vaccinetherapie der Variola. Wiener klin. Wochenschr. 1916. Nr. 22.

Die Autoren stellten sich eine Vaccine dar, indem sie Kalbslymphe in einem Mörser zermahlten, mit physiologischer Kochsalzlösung 1:5 verdünnten, durch Gaze filtrierten. Dieser Flüssigkeit wurde soviel einer 5 proz. Karbollösung zugesetzt, daß dieselbe 1% Karbol enthielt. Nach der subcutanen oder intravenösen Vaccination zeigte sich weder eine lokale noch eine allgemeine Reaktion. Die Impfung verkürzt den Ablauf der Variola. Viktor Bandler (Prag).

Lipschütz. Untersuchungen über die Ätiologie der Paravaccine. Centralbl. f. Bakt. u. Parasitenk. O. Bd. LXXXI. p. 105.

Kurzer Auszug der in diesem Archiv, Bd. CXXVII, p. 193, erschienenen Arbeit. Walter Pick (Wien).



Paul, Gustav. Über Mischinfektionen auf der Kaninchenhornhaut bei der experimentellen Pockenepitheliose. Centralbl. f. Bakt. u. Parasitenk. I. Bd. LXXX. p. 361.

Verf. war früher der Ansicht, daß nach Überimpfung auftretende Entzündungsprozesse mit Trübung der Cornea und starker Conjunctivitis gegen Variola sprechen. An der Hand sehr instruktiver Abbildungen weist nun der Autor nach, daß diese Erscheinungen auch positive Variolaimpfungen begleiten können, namentlich wenn die Impfung im suppurativen Stadium erfolgte. In praxi empfiehlt es sich, wenn beim Versuchstiere nach 48 Stunden bei Lupenvergrößerung keinerlei pathologische Veränderungen zu finden sind, das Tier leben zu lassen und den Befund als „variolanegativ" zu vermerken. Andernfalls Tötung des Tieres, Enuklation des Bulbus, 10 Minuten Sublimatalkohol, Abkappen der Cornea und zunächst makroskopische Besichtigung. Die einwandfrei positiven Fälle werden nicht mehr histologisch untersucht, nur wenn Unsicherheit besteht. Walter Pick (Wien).

Tuberkulose.

Heiberg, K. A. Initiale Tuberkelformen. Beitrag zur Kenntnis der Genese des Tuberkels beim Menschen. Centralbl. f. allg. Pathol. u. pathol. Anat. 1919. p. 97.

Heiberg hat einen Fall von Lupus untersucht, der in Serienschnitten neben den bekannten voll entwickelten Tuberkelformen die initiale Form der Tuberkelbildung erkennen läßt. Sowohl das Gefäßendothel, als auch die Polyblasten, die beide von Zellen desselben Charakters abstammen, scheinen an der Tuberkelbildung teilzunehmen; epitheloide Zellen treten erst in einem späteren Stadium der Entwicklung auf. Unter 100 untersuchten Fällen von Hautlupus und 100 von Schleimhautlupus war nur in ganz wenigen Fällen die Struktur des initialen Tuberkels zu beobachten.

Martenstein (Breslau).

v. Baumgarten. P. Zur Histogenese des Tuberkels. Centralblatt f. allg. Pathol. u. pathol. Anat. 1919. p. 257.

v. Baumgarten tritt der Auffassung Heibergs (Centralbl. f. allg. Pathol. u. pathol. Anat. 1919. p. 97) über die initialen Formen des Tuberkels (Ansammlung von Polyblasten, umgeben von Plasmazellen und Lymphocyten) entgegen, da sie im Widerspruch mit seinem experimentell erhobenen auch von anderen Untersuchern bis jetzt immer bestätigten Befund steht: es treten nacheinander auf: primäre Wucherung der fixen Gewebszellen bis zur hieraus resultierenden Bildung des Epitheloidzellentuberkels, sekundärer Austritt von Lymphoidzellen aus den benachbarten Blutgefäßen und Einwanderung dieser Zellen in den Tuberkel vom Rande her.

Martenstein (Breslau).



Herxheimer, G. und *Roth*, W. Zur feineren Struktur und Genese der Epitheloidzellen und Riesenzellen des Tuberkels. Zieglers Beitr. z. pathol. Anat. u. z. allg. Path. 1916. Bd. LXI. Heft 1. p. 1.

Auf Grund eingehender histologischer Untersuchungen an zwölf Fällen von Tuberkulose, größtenteils der Lymphdrüsen, kommen die Verff. hinsichtlich Entstehung und Bau der Epitheloid- und Riesenzellen des Tuberkels zu folgenden Ergebnissen: Aus der typischen Epitheloidzelle, deren Ursprung von den Reticulumzellen des Lymphdrüsengewebes abgeleitet wird, geht durch fortgesetzte amitotische Kernteilung ohne Protoplasmateilung die Riesenzelle hervor, und zwar handelt es sich bei diesem Vorgange stets nur um eine Epitheloidzelle, nicht um Konfluenz mehrerer. Die Randständigkeit der Kerne in der fertigen Riesenzelle kommt schon in der mehr- und vielkernigen Epitheloidzelle durch besondere Zellstrukturen, nämlich die Zentralkörperchen mit ihrer großen blasigen Sphäre, zustande. Später tritt dann im Zentrum der ausgebildeten Riesenzelle ein Zerfall ein, die Zentralkörperchen schwärmen nach dem am Rande weniger zerfallenen Protoplasma aus, und schließlich kann zentrale Nekrose eintreten. Die alte Weigertsche Theorie, nach welcher diese partielle zentrale Nekrose als wesentlichstes ursächliches Moment für die Genese der Riesenzellen vom Langhausschen Typus angesehen wurde, wird also in dem Sinne modifiziert, daß das Einsetzen dieser Nekrose erst eine sekundäre Erscheinung ist, der lediglich die älteren Zellen anheimfallen. Franz Bacher (Breslau).

Ubrichs, B. Färbung der Tuberkelbacillen mit Carbolfuchsin-Chromsäure. Dtsch. med. Wochenschr. 1919. Nr. 17.

Zum Übersichtsverfahren empfiehlt Ubrichs die Ziehl-Neelsensche, zur Strukturfärbung die Spenglersche Pikrinfärbung, zur Sporenfärbung die Kronbergsche Jodmethode. Die Präparate sollen nicht erhitzt werden. Gleichwertig der Spenglerschen Pikrinfärbung erwies sich ihm folgende Methode: Färbung mit Ziehl-Carbolfuchsin unter leichtem Erwärmen, Entfärben in 15 Salpetersäure und 70 proz. Spiritus, Gegenfärben mit Chromsäure-Alkohol, Acid. chromic. 1,6; 60 proz. Spiritus ad 100,0. Kurzes Abspülen, langsames Trocknen unter vorsichtigem Durch-die-Flamme-ziehen.

Max Joseph (Berlin).

Eber, A. Die Tuberkulose der Tiere. (Bericht über die Jahre 1905—1914.) Ergebn. d. allg. Path. u. pathol. Anat. (Lubarsch-Ostertag). 1917. 18. Jahrg. II. Abteilung. p. 1.

Sammelreferat. Franz Bacher (Breslau).

Broesamlen, O. Die prognost. Bedeutung der eosinophilen Leukocyten bei der Tuberkulinbehandlung. Zeitschr. f. experim. Pathol. u. Ther. Bd. XX. p. 438.

Verf. bezieht sich auf seine früheren — hier referierten (635) — Ausführungen über Eosinophilie und Vaccinebehandlung und sieht auch



bei der Tuberkulinbehandlung im Ausbleiben der Eosinophilie eine Warnung, die Dosis zu verringern und den Zeitraum bis zur nächsten Injektion zu verlängern. Andererseits sei das Ansteigen der Zahl der Eosinophilen im Blut nach Tuberkulininjektion immer als prognostisch günstig zu bewerten. Rudolf Spitzer (Breslau).

Fellner, Bruno. Über Hautimmunität und Tuberkulose. Sammlung klinischer Vorträge 779/80. Innere Med. 265/66.

Verf. macht an einem großen Krankenmaterial, und zwar 1500 Tuberkulösen in den verschiedensten Stadien Untersuchungen über das in der Überschrift genannte Thema meist mit Hilfe mutipler Pirquetisierung nach der Originalmethode. Es wurde meist einmal wöchentlich mit quantitativ abgestuften Lösungen, in 90% der Fälle mit A.T. geimpft. Ein Teil der Fälle wurde aus therapeutischen Gründen mit ansteigenden A.T.-Konzentrationen wöchentlich einmal behandelt. Einmal im Monat wurde zu diagnostischen Zwecken der Cutantiter bestimmt, indem an 4 benachbarten Stellen eine 1-, 16-, 64- und 100 proz. A.T.-Lösung eingeimpft wurde.

In einer Untersuchungsreihe werden jene Substanzen studiert, die sich bei überempfindlichen Patienten in den Pirquetschen Papeln bilden, und zwar mit Hilfe der Autoinoculation der Papelmasse unter verschiedenen Bedingungen bei 200 Patienten. Die Resultate waren folgende:

1. Die passive Übertragung der Pirquetschen Papelsubstanzen allein auf andere Hautstellen desselben Kranken erzeugt keine oder höchst geringe Hautreaktion.

2. Die Hautreaktion einer reaktiv wirkenden Tuberkulinkonzentration wird durch gleichzeitige Überimpfungen von Papelsubstanzen verstärkt. In einer Reihe von Fällen, in denen niedrige Tuberkulinkonzentrationen allein keine Reaktion verursachten, ergab Mitimpfung der eigenen Papelsubstanz oft starke Reaktionen.

Verf. nennt Stoffe, welche sich in den Pirquetschen Papeln bilden, übertragbar sind und die Hautreaktion auf eine niedrige Dosis A.T. wesentlich steigern, Procutine, und hält sie für den Sahlischen Chemolysinen am nächsten stehend.

Die nächsten Versuche sollen die passive Übertragungsmöglichkeit der Tuberkulinempfindlichkeit von dem allergischen auf einen anergischen Menschen beweisen. Anergischen wird an einer Impfstelle A.T. + Papelzellen eines stark überempfindlichen Spenders eingeimpft. In der Mehrzahl der Fälle trat an der Mischimpfstelle eine deutlich positive Reaktion auf, in einzelnen Fällen zeigten sich die Patienten auch bei späteren reinen Tuberkulinimpfungen eher allergisch, in andern Fällen war nur die eine Stelle vorübergehend überempfindlich. Mittels dieser Procutine der Papel eines Überempfindlichen soll es also gelingen, einen sicher tuberkulinunempfindlichen Menschen wenigstens in bezug auf die Lokalreaktion überempfindlich zu machen. Die nächste Untersuchungsreihe bezog sich



darauf, ob vielleicht in jenen Procutinen der Papelsubstanzen wirklich Zellen (?) enthalten wären, welche auch in vitro ihre chemische Affinität zum Tuberkulin verraten, d. h. Antigen absorbieren können. Es wurde A.T. von bestimmten Konzentrationen mit Papelsubstanzen in vitro in innige Berührung gebracht und dann durch Filtrieren und Sedimentieren nachgewiesen, daß das am Filter zurückbleibende Tuberkulin plus Hautzellenrückstand wirksamer ist als das Filtrat. Patienten, deren Tuberkulinempfindlichkeit genau eingestellt war, die z. B. auf 1 : 1000 subcutan mit Temperatursteigerung intensiv reagierten, vertrugen ein mittels der eigenen Papel abgebautes Tuberkulinfiltrat 1 : 1000 ohne Reaktion. Der Verf. schließt daraus, daß zwischen den Papelsubstanzen und dem A.T. eine hochgradige chemische Affinität besteht, und daß die giftempfindlichen Zellen Tuberkulin in vitro sensibilisieren und andererseits bis zur Entgiftung abbauen können. Da ähnliche Erscheinungen in vitro für das artfremde Eiweiß bekannt sind, faßt Verf. die Tuberkulinwirkung als eine besondere Art der Anaphylaxie auf. Die nächsten Versuche weisen nach, daß die Papelzellen in vitro albumosenfreies Tuberkulin abbauen und im Filtrat Albumosen nachweisbar sind. Als Kontrolle dient eine Versuchsreihe mit Tuberkulin plus nicht vorbehandelter Haut. Diese erweist sich als unwirksam. Schon von anderer Seite war bekannt, daß bei regelmäßiger Tuberkulinisierung bei vielen Fällen erst eine Zunahme der Allergie, dann eine Abnahme bis zur kompletten Anergie eintritt. Verf. impfte lange Zeit hindurch ein und dieselbe Hautstelle, beobachtete dabei, daß zu derselben Zeit, wo diese Stelle nicht mehr reagierte, eine fernliegende Stelle normal reagierte. Aus dieser Beobachtung ergibt sich, daß es nicht gleichgültig ist, wenn cutan oder intracutan der Titer immer wieder in der Nähe alter Impfstellen angelegt wird.

Außer A.T. wurde auch mit Kochschem T.R. und Muchschem M.Tb.R. gearbeitet. Es ergab sich z. B., daß M.Tb.R., welches an einer ungeimpften Stelle keine Reaktion zeigte, an einer mit A.T. vorbehandelten Stelle eine deutliche Reaktion ergab, und umgekehrt. Der Verf. schließt daraus, daß zwischen A.T. und M.Tb.R. kein grundlegender Unterschied ist, weil ein Tuberkulin das andere sensibilisieren kann. Der wirksame Bestandteil in allen Tuberkulinen scheint das Bacillenprotein zu sein. Das, was die Tuberkulinwirkung von den andern Fällen der artfremden Eiweißwirkung unterscheidet, sind die cellulär sich bildenden Antikörper. Deshalb sollte man bei Tuberkulinimmunität besser von Allergie und zwar histogener Allergie als von Anaphylaxie sprechen.

Therapeutisch zieht der Verf. aus seinen Untersuchungen den Schluß, daß alle die Tuberkulinheilung unterstützenden Vorgänge sich rein histogen abspielen müssen, und daß die Heilungsversuche durch Blutverbesserung oder künstliche Anreicherung des Blutes mit Schutzkörpern von falschen Vorstellungen ausgehen. Bei der cellu-



lären Antikörperbildung kommt der Haut eine besonders große Bedeutung zu. Die multiple Pirquetisierung zu therapeutischen Zwecken, zu der Fellner durch „die harte Schule der Erfahrung“ von der Tuberkulininjektion hergekommen ist, leistet ihm nicht weniger als jede andere Tuberkulintherapie, und kann vor allem nicht schaden, da Herdreaktionen in der Lunge vermieden werden und auch irgend welche anderen unangenehmen Folgen, selbst Temperatursteigerungen, sehr selten waren. Auch bei der Cutantherapie muß eine Auswahl der Fälle nach bestimmten Grundsätzen stattfinden (s. Schluß).

In dem Kapitel „Hautantikörper und Infektionskrankheiten“ weist Verf. auf die immunisatorische Bedeutung der Haut bei akuten Infektionskrankheiten, bei Lepra und Syphilis hin. Besonders macht er auf die Hautverwandtschaft zwischen Tuberkulose und Lues aufmerksam (Jadassohn, Meirowski).

Bei den bisherigen Heilverfahren, Hydrotherapie, Freiluftliegekur, Sonnentherapie, kam auch schon der Haut eine große therapeutische Bedeutung zu. In wenigen Fällen versuchte Fellner Cutanbehandlung mit Autoantigen (abgetötetes Sputum). In 2 Fällen sah er nach 4 Wochen an der Impfstelle ganz kleine Tuberkulide vom Aussehen der Tbc. verrucosa cutis auftreten. Die beiden Fälle verliefen ungemein günstig.

Ein weiteres Kapitel behandelt Antikörperbildung der Haut gegen andere Antigene. Es werden die Beziehungen zwischen der echten Vaccinationspustel und der Pirquetschen Papel erörtert. Setzt man zu einer Tuberkulinimpfung Blatternimpfzellen desselben Kranken hinzu, so kann man hierdurch stärkere Reaktionen erzielen, während, wenn man Tuberkulinpapelzellen zu Blatternimpfstoff zufügt, die Impfstelle negativ oder kleiner als die normale Impfblatter ist. Fellner denkt an eine Durchkreuzung der Hautallergie bei Blattern durch die Tuberkulinhautallergie, und hält die Beantwortung der Frage, ob die Tuberkuloseallergie durch die Blatternallergie durchkreuzt wird, für wichtig mit Hinblick auf die Fälle von Manifestwerden von Lungentuberkulose nach Blatternimpfung. Der Versuch, die Antikörperbildung der Haut durch Terpentininjektion (Klingmüller) anzuregen, mißlang. Auch andre als Bakteriengifte scheinen in der Haut Antikörper hervorzurufen. Interessant sind die Gedanken Fellners über das Verhältnis des Morphiums zur Haut. Davon ausgehend, daß das Morphium subcutan erheblich stärker wirkt als per os, und daß die bisherigen Erklärungsversuche hierfür ungenügend waren, glaubt Fellner, daß in der Haut, besonders bei Morphinisten, ein rascher Abbau des Morphiums stattfindet, und die Antikörperbildung als solche oder irgendein Zwischenprodukt den gewohnten Reiz erzeugt. Wäre dieser Gedankengang richtig, so müßte die Pirquetisierung mit Morphium diesen Hautreiz setzen können, und dies ist ihm in einigen Fällen gelungen, ja er konnte sogar eine Entwöhnung der Morphinisten durch Vermehrung der Reizstellen und stufen-

weises Heruntergehen der quantitativen Reize erreichen. — Alle diese verschiedenen Beobachtungen lassen ihn glauben, daß die Haut ein großes Rezeptorenmagazin ist, und daß Überempfindlichkeit und Giftigkeit nur zwei verschiedene Stadien der Tuberkulinallergie sind, die aber auch nebeneinander vorkommen können.

Verf. legt sich ferner die Frage vor, ob irgendeine Hautreaktionsprüfung Fälle von latenter und aktiver Tuberkulose trennen läßt, und ob sie bei fortgesetzter Prüfung bei demselben Fall sich parallel der allgemeinen klinischen Beobachtung bewegt. Zunächst ist die Hautreaktion von verschiedenen inneren und äußeren Faktoren beeinflußbar. Eine genaue Parallele mit dem Gang der Erkrankung ist nicht sicher festzustellen. Doch ist das Auftreten eines positiven Pirquets immer eine bedeutungsvolle Tatsache. In einem im Original einzusehenden Schema werden die Hautreaktionen in groben Zügen den Stadien des allgemeinen Ablaufs einer Tuberkuloseerkrankung parallel gestellt, Die Intracutanreaktion scheint dem Verfasser nicht einwandfrei, wenn man verschiedene Antigene vergleichen will, da diese osmotisch und vasomotorisch verschiedene Verhältnisse schaffen können, um so mehr, als nach Hamburger das Unterhautzellengewebe 10 000 mal so empfindlich ist wie die oberflächliche Cutis. Besondere Einwände macht Fellner gegenüber den Muchschen Intracutanprüfungen (lokal gesteigerte Empfindlichkeit, Gewöhnung) und schließt daran längere theoretische Auseinandersetzungen, besonders über die Partigene, denen er ebensowenig wie dem Intracutantiter irgendeine Sonderstellung im Reiche der Haut- und Tuberkulingesetze einräumen kann. Es liegt nahe, daß ähnliche Immunitätsvorgänge wie in der Haut auch in den Drüsen und im ganzen lymphatischen Apparat sich abspielen können, so daß man z. B. die Skrofulose definieren könnte als Tuberkulose + Veränderungen der cellulären Reaktionen in Haut, Drüsen und Knochen. Wann, wie, womit soll man tuberkulinisieren? Anergische mit schwerem Prozeß sind ungeeignet. Anergische mit geringem Prozeß eignen sich nur, wenn sie leicht durch Tuberkuline allergisch gemacht werden können. Allergische sind geeignet. Im Verschwinden des Pirquet sieht Verf. entsprechend den klinischen Symptomen ein günstiges Zeichen. Auf Kontraindikationen wird besonders hingewiesen. Geeignet zur Behandlung ist jedes Tuberkulin, das nicht zu weit von der Kochschen Herstellungsart entfernt ist. Oft ist ein Wechsel erforderlich. Die Cutantherapie muß sich erst ihren Platz neben der subcutanen Therapie schaffen. Kurt Wiener (Breslau).

Bauer. Über Krappwirkung bei Lupus. Beiträge zur Klinik der Tuberkulose. Bd. XLII. Heft 1.

Ein Patient, der neben einer schweren offenen Lungentuberkulose an Lupus vulgaris an beiden Händen litt, zeigte bei Behandlung der erkrankten Haut mit einer Krappaste (Radic. Rubiae. tinctor. subtilissim. pulverisat. 5,0 Ung. mentral. Adip. lan. anhydric. āā 10,0)



und Abtupfung mit einer wässerigen Krappabkochung (20,0 : 150,0) eine wesentliche Besserung des Krankheitsprozesses.

Urbach (Breslau).

Reuter. Klinische Beiträge zur Krysolganbehandlung der Tuberkulose. Zeitschr. f. Tuberkulose. Bd. XXXI. p. 207.

Reuter behandelt in seiner Station für Kehlkopftuberkulose alle Kranken, soweit nicht Kontraindikationen bestehen, mit Krysolgan. Er sieht in Krysolgan ein spezifisch gegen Tuberkulose wirkendes Mittel, welches, zugleich mit anderen Heilmitteln angewendet, ganz hervorragende Wirkungen erzielt. Für kontraindiziert hält er die Krysolganbehandlung nur dann, wenn Lunge und Kehlkopf zugleich schwer erkrankt sind. Urbach (Breslau).

Gräfin von Linden. Über die bisherigen Tatsachen und die therapeutischen Aussichten der Kupfertherapie. Ergebn. d. inn. Med. u. Kinderheilk. 1919.

Nach einem umfassenden Referat der bisherigen Ergebnisse berichtet Linden kurz über die Aussichten der Kupfertherapie. Als bestes Präparat für die örtliche Behandlung der tuberkulösen Herde hat sich hiernach bis jetzt die zimtsaure Kupferlecithinsalbe (Lecutyl) erwiesen. Über die interne und percutane Kupferbehandlung der Urogenitaltuberkulose läßt sich noch kein abschließendes Urteil fällen. Zur intravenösen Behandlung der Tuberkulose hat bisher ausschließlich das Dimethylglykokollkupfer in wässeriger 1—10 proz. Lösung gedient. Linden glaubt, daß die Kupfersalze bei der Tuberkulose nicht nur bakterizid wirken, wie sie auf Grund eigner Versuche beobachtet hat, sondern auch als Anreiz zur Erhöhung der Lebensfunktionen und der Abwehrkräfte. L. Kleeberg (Breslau).

Weiß, Moritz, und Ludwig *Spitzer.* Erfahrungen über Tebecinbehandlung beim tuberkulösen Lymphom. Med. Klin. 1918. Nr. 47. p. 1164.

Weiß und Spitzer versuchten das Tebecin Dostal, ein aus Tuberkulosereinkulturen, die auf Nährböden mit Saponinzusatz gezüchtet waren, dargestelltes neues Tuberkulosevaccin bei tuberkulösen Lymphdrüsen und machten die Erfahrung, daß die Einschmelzung des kranken Gewebes schneller erfolgte, als bei den bisher bekannten Präparaten. Das Tebecin ist ambulant gut zu verwenden.

Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Stümpke, G. Zur Frage des Boeckschen Sarkoids. Med. Klin. 1920. Nr. 7. p. 178.

Stümpke teilt in eingehender Weise einen Fall von Boeckschem Sarkoid mit. Der Fall ist auch in mikroskopischer Hinsicht typisch. Eigenartig im vorliegenden Falle ist die Beteiligung des Gefäßsystems, die sich subjektiv in den zeitweise auftretenden starken Wallungen, klinisch in der wechselnden Färbung der Herde kund tat. Ein sicherer Beweis für die Tuberkulose des Hautherdes konnte nicht erbracht werden. Fritz Juliusberg (Braunschweig).



Salomon, Oskar. Ein Vorschlag zur Lupusfürsorge. Dtsch. med. Wochenschr. 1920. Nr. 2.

Die Zunahme und Verschlimmerung der Tuberkulose in den letzten Jahren veranlaßt Salomon zu dem Vorschlage, die Beobachtung und Behandlung der Lupuskranken den vortrefflich arbeitenden Beratungsstellen für Geschlechtskranke bei der Landesversicherung anzugliedern. Die Übernahme der Lupusfürsorge durch die Landesversicherungsanstalten würde Sicherung der Diagnose, schnelle, kostenlose und sachgemäße Behandlung und lange Kontrolle verbürgen.

Max Joseph (Berlin).

Gerson, Dora. Zur Lichtbehandlung des Lupus, besonders über das Verfahren nach Bessunger. Dtsch. med. Wochenschr. 1919. Nr. 43.

Mit Bessungers „röntgenisierten Jodsubstanzen" erzielte Gerson nur in einem Falle von Lupus einen durchgreifenden Heilerfolg. Mehrere andere Patienten empfanden es zwar angenehm, während der Behandlung arbeitsfähig zu bleiben. Doch war die Wirkung langsam, unzureichend und blieb hinter den Resultaten anderer Bestrahlungen zurück. Verf. berichtet noch über die Anwendung der Quarzlampe bei Lupus und warnt besonders vor Massage, welche leicht das Virus in das gesunde Gewebe treibt. Bei Kontinuitätstuberkulosen empfiehlt sich die Behandlung mit Pyrogallussalben vor der Bestrahlung. Max Joseph (Berlin).

Harms. Zur Tuberkulin- und Strahlentherapie der Lymphdrüsen- und Lungentuberkulose. Zeitschr. f. Tuberkulose. Bd. XXXI. Heft 1. p. 1.

Harms stellt an 7 Fällen von Halsdrüsen- und 3 Fällen von Lungentuberkulose der letzten zwei Jahre eine starke Verschlechterung des Krankheitszustandes durch die Tuberkulin- und Bestrahlungstherapie fest. Er warnt insbesondere vor ihrer Kombination, da beide im Sinne einer Herdreaktion wirken und durch einseitige Steigerung derselben Reaktionskomponente die Gefahr der Schädigung erhöhen. Auch einfache Höhensonnenbestrahlungen seien nicht so harmlos, wie vielfach angenommen werde. Urbach (Breslau).

Axmann. Zur Therapie des Lupu erythematosus. Dtsch. med. Wochenschr. 1919. Nr. 51.

Ausgezeichnete Erfolge erzielte Axmann in 12 Fällen von Lupus erythematosus mit kombinierter Jod- und Röntgen- bzw. Uviollichtbehandlung. Die erkrankten Stellen werden bis zur dauernden Durchtränkung der Haut mit Jodolytester-Aceton-Lanepsöl 20% (hergestellt bei Friedr. Bayer & Co.) eingerieben und dann zunächst mit einer Volldosis Röntgen, Härte 7—9 μ bestrahlt, später zur Abschälung Uviollicht stärkster Reaktion gegeben. Auch Radium erzielte an dazu geeigneten Stellen die gleichen Resultate. Besonders



bei Lupus erythematosus des Gesichts, der andern Methoden widerstanden hatte, sah Verf. von dem geschilderten kombinierten Verfahren gute und dauernde Heilwirkungen. Max Joseph (Berlin).

Freund, Leopold. Eine neue Behandlungsmethode des Lupus vulgaris. Dtsch. med. Wochenschr. 1919. Nr. 50.

Die Methode zur Lupusheilung, welche Freund empfiehlt, zieht sowohl von der chirurgischen Behandlung sowie von der spezifischen Heilwirkung der Bestrahlungen Nutzen, sucht aber die Nachteile dieser Methoden, die Bildung derber Narben und das Hineintreiben der Krankheit in die Tiefe einerseits, Atrophien andererseits zu vermeiden. Bei Indikation seiner Methode, d. h. bei circumscripten, nicht auf benachbarte Schleimhäute übergreifenden Lupusherden, wurde nach Reinigung, Jodierung und Lokalanästhesie 1 cm weit vom Rande des kranken Gewebes mit senkrecht aufgesetzter Messerschneide die ganze Haut durchtrennt, der umschnittene Lappen bis zur Entfernung alles Krankhaften abpräpariert, die Blutung durch Kompression, Torsion oder Ligaturen gestillt und der Defekt mit steriler Gaze gedeckt und verbunden. Nach 1—2 Tagen wurde der Verband entfernt und mit 1 Erythemdosis Röntgen bestrahlt. 7—8 Tage lang wurde je 6 Minuten lang mit Röhren von 4—5 Benoist oder Bauer-Härte, Sekundärstromstärke von 1 Milliampare und 20 cm Fokushautdistanz weiter bestrahlt und die Wunde mit einem Vaselineläppchen bedeckt. Es bildete sich speckig-fibrinöser Belag, unter dem sich neues Epithel entwickelte. Dieses Verfahren, welches radikaler ist als alleinige Röntgenbestrahlung oder die Kombination von chemischer Ätzung oder Exkochleation mit Bestrahlung, erzielte vorzügliche Heilresultate in 10 Fällen von Lupus tumidus et exulcerans der Stirnhaut, Augenlider, Nase, Wangen, Ferse, Gesäßbacken, Ohrmuschel, des Halses, Kinns und Rückens. Max Joseph (Berlin).

Fönss. Zur Frage der tuberkulösen Ätiologie des Lupus erythematodes. Hospitalstidende 1919. Nr. 38. p. 1065—1077 und Nr. 39. p. 1089—1100.

In der großen Mehrzahl der Fälle von Lupus erythematodes ist eine tuberkulöse Ätiologie ganz unbewiesen und unwahrscheinlich.
Harald Boas (Kopenhagen).

Bernheim-Karrer. Die Pirquetsche Cutanprobe mit Perlsucht- und Alttuberkulin. Korrespondenzbl. f. Schweiz. Ärzte 1920. Nr. 1. p. 10.

Verf. hat vergleichende Untersuchungen angestellt mit Alttuberkulin und Phymatin-(Perlsuchttuberkulin-)Impfungen nach Pirquet bei Kindern. Er fand, daß das Alttuberkulin empfindlicher ist als das Phymatin. Nur in ungefähr 7% der Fälle hat sich das bovine Tuberkulin dem humanen als überlegen erwiesen. Verf. empfiehlt bei der Pirquetschen Probe stets von beiden Tuberkulinen Gebrauch zu machen. Max Winkler (Luzern).



Eliasberg. Erfahrungen über die Behandlung der Tuberkulose des Kindesalters mit Partialantigenen nach Deycke-Much. Jahrb. f. Kinderheilk. 1919. Bd. XL. Nr. 385.

Außer Lungentuberkulosen wurden 2 Knochentuberkulosen, 3 Fälle von Halsdrüsentuberkulose — ein Fall in Kombination mit Röntgentherapie — und ein Skrophuloderm mit Partialantigenen behandelt. Das Resultat war zwar in den letzteren Fällen nicht ungünstig, aber die Behandlung sehr langwierig und deshalb den bekannten Behandlungsmethoden unterlegen; am schlechtesten war der Erfolg bei dem Skrofuloderm, das fast völlig unbeeinflußt blieb. Im Gegensatz zu der Pirquetschen Tuberkulinreaktion wurde eine völlige Anergie selbst bei schweren Fällen von Tuberkulose nicht beobachtet — sie fehlt nur bei Menschen, die in ihrem Leben mit Tuberkelbacillen nie in Berührung kamen — also meist im Säuglingsalter. Die Partialantigenmethode ermöglicht die Erkennung einer tuberkulösen Erkrankung in solchen Fällen, in denen eine negative Tuberkulinreaktion die Tuberkulose zweifelhaft erscheinen ließ. Über den Charakter der Tuberkulose, ob aktiv oder inaktiv, vermag sie uns nichts zu sagen. L. Kleeberg (Breslau).

Wolff-Eisner. Spezifische Behandlung der Tuberkulose mit Berücksichtigung des Friedmannschen Mittels und der Partial-Antigenbehandlung. Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. 1919. Nr. 22.

Über das Friedmannsche Verfahren sagt Verf. sachlich nur, daß er über das „neue" Mittel keine eigenen Erfahrungen hätte. Er wüßte nicht, was an dem Mittel neu sei, und sieht nur gegen früher eine Einschränkung der Indikationen auf initiale und dubiöse Fälle. Wenn Friedmann andererseits von 10jähriger Erfahrung spricht, so kann sich dies nur auf die alten, an der „World"-Kommission, der Wolff-Eisner angehörte, untersuchten Fälle beziehen. Er kritisiert die Heranziehung von diagnostisch zweifelhaften Fällen und die Behauptung Friedmanns, daß jede Impfung, speziell die Pockenimpfung, das Resultat der Friedmannschen Impfung schwer schädige.

Das übrige ist Polemik gegen Friedmann und das 8-Uhr-Abendblatt, aus der besonders hervorgehen soll, daß das Ehrlichsche Gutachten über Friedmann ungünstig ausgefallen sei. Außerdem hält Verf. es jetzt nicht für opportun, sein ganzes Material der Öffentlichkeit zu übergeben.

Der wissenschaftliche Teil der Arbeit ist ein Fortbildungsvortrag, der zum kurzen Referat nicht geeignet ist.

Kurt Wiener (Breslau).

Schmidt, R. Zur Frage der „Herdreaktionen", ihrer Spezifität und ihrer diagnostisch-therapeutischen Bedeutung. Dtsch. Arch. f. klin. Med. Bd. CXXXI. Heft 1 u. 2.

Jeder Reiz, der genügend in- und extensiv den Organismus in



Mitleidenschaft zieht, kann Herdreaktionen auslösen. Spezialfälle an Auslösungsmöglichkeiten sind parenterale Zufuhr von Heterovaccinen, Proteinkörpern, aber auch chemisch fixierter Körper. Auch heterologe Infektionsprozesse können Herdreaktionen auslösen. Bei chronisch latenten Krankheitszuständen (Tonsillitis, Arthritis) können diffus angreifende Einflüsse akute Exacerbationen (Herdreaktionen) auslösen. Die Herdreaktion verläuft im allgemeinen doppelphasig, wobei der negativen Phase eine Zunahme des örtlichen Krankheitsprozesses (Zunahme der Entzündung), der darauffolgenden positiven Phase eine Abnahme (Abheilung der Entzündung) entspricht. Hierin liegt die therapeutische Wichtigkeit begründet. Ob der Weg der Auslösung homolog (Isovaccin) oder heterolog (Proteinkörper usw.) ist, scheint nicht von ausschlaggebender Bedeutung. Herdreaktionen kommen in Betracht bei infektiösen Entzündungsherden, endogen bedingten örtlichen Entzündungsprozessen, Diathesen im Sinne von Krankheitsbereitschaft. Diagnostisch wertvoll ist es, daß durch Herdreaktionen die genannten Zustände, wenn sie latent sind, manifest gemacht werden können. Die Herdreaktion bei Tuberkulose nach Tuberkulin steht in enger Beziehung zu den heterologen Herdreaktionen. Parallelismus zwischen Tuberkulin- und Milchempfindlichkeit. Aus diagnostischen Gründen sollte der Probe auf Tuberkulinempfindlichkeit eine Probe auf Proteinkörperempfindlichkeit angeschlossen werden. Bei gleichsinnigem Verhalten ist Zurückhaltung hinsichtlich der Spezifität der Tuberkulinreaktionen am Platze. Auch unspezifisch erkrankte Gelenke sprechen in einem großen Prozentsatz auf A.T. 0,001 an. Bei Tuberkulinempfindlichkeit sind drei Möglichkeiten zu erwägen: a) Allergie durch Tuberkuloseinfektion (tuberkulogen); b) endogen-konstitutionell bedingte Allergie; c) nichttuberkulogen, aber exogen (Infektion, Intoxikation) ausgelöste Allergie.

Bei der febrilen Allgemeinreaktion nach Tuberkulin kommt das konstitutionell verschiedenartige pyrogenetische Reaktionsvermögen in Betracht, welches ganz unabhängig von einem vorausgegangenen Tuberkuloseinfekt aus endogenen Gründen hoch oder niedrig eingestellt sein kann. Kurt Wiener (Breslau).

Klemperer, Georg. Diagnostik tuberkulöser Erkrankungen (mit Ausnahme der Lungentuberkulose). Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. 1919. Nr. 21.

Fortbildungsvortrag im Lehrgang für Tuberkuloseärzte. Zum Referat ungeeignet. Kurt Wiener (Breslau).

Eliasberg. Abhängigkeit des Tuberkuloseverlaufs beim Kinde von den Infektionsbedingungen, der hereditären Belastung und der Lokalisation der Tuberkulose. Jahrb. f. Kinderheilk. 1919. Bd. XXXIX. S. 77.

Zu kurzem Referat nicht geeignet. L. Kleeberg (Breslau).



Löwenstein-Brill, Wilhelmine. Obduktionsbefunde bei tuberkulinbehandelten Kindern. Zeitschr. f. Kinderheilk. 1917. Bd. XVI. p. 229.

Da die Tuberkulinbehandlung vorwiegend bei prognostisch günstigen Tuberkulosen zur Anwendung kommt, so gelangen lange Zeit tuberkulinbehandelte Fälle relativ selten zur Obduktion.

Verf. hatte Gelegenheit 3 Obduktionen von Kindern, die lange Alttuberkulin erhielten, zu beobachten und schließt daraus folgendes: Die natürlichen Heilungsvorgänge in tuberkulösen Herden können durch das A.T. ausgelöst, unterstützt und beschleunigt werden. Sie sah teils auffallende Narben, teils gute Heilungstendenz von Solitärtuberkel des Gehirns, von Dickdarmgeschwüren, Knochenherden, Larynxulcerationen, Spitzenaffektionen usw. Die Tuberkulintherapie wird in prognostisch günstigen Fällen — auch im Kindesalter — als ein die natürliche Heilung unterstützendes Mittel empfohlen, wenngleich sich mit Tuberkulin keine Immunität gegen eine miliare Aussaat von Tuberkelbacillen erzielen läßt, sondern nur eine Immunität gegen das Tuberkulin selbst. Martin Friedmann (Breslau).

Schenitzky. Das Blutbild bei Lungentuberkulose und seine Beeinflussung durch Tuberkulinpräparate. Zeitschr. f. experim. Path. u. pathol. Ther. Bd. XIX. p. 228.

In leichten Fällen vor der Behandlung Zeichen sekundärer Blutarmut.

Fehlen der Eosinophilie während der Tuberkulinkur ist kein Zeichen dafür, daß diese schlecht vertragen wird. Rudolf Spitzer (Breslau).

Stoelzner, W. Zur Tebelonbehandlung der kindlichen Tuberkulose. Zeitschr. f. Kinderheilk. 1919. Bd. XIX. p. 381.

Verf. empfiehlt das Tebelon (der chemischen Werke in Grenzach, Baden) zur Behandlung beginnender Tuberkulosen: also der eigentlichen Skrofulose, der tuberkulösen Lymphdrüsen, der erkrankten Haut und des Knochenmarkes ohne anderweitige tuberkulöse Organerkrankung. Das Ziel der Tebelonbehandlung ist, die Tuberkelbacillen dadurch zu schädigen, daß einer ihrer wesentlichen Leibesbestandteile, das sie schützende Wachs, angegriffen wird.

Martin Friedmann (Breslau).

Seligmann, E., und F. *Klopstock*. Über den Mechanismus der Tuberkulinreaktion. Zeitschr. f. Immunitätsforsch. u. exp. Therap. Orig. Bd. XXVIII. Heft 6.

Die Annahme, daß die Tuberkulinwirkung beim Tuberkulösen auf dem Kreisen spezifischer Giftstoffe beruhe, ließ sich experimentell nicht erhärten. Marg. Stern (Breslau).

Hirsch und *Vogel*. Über Partigentherapie bei Hauttuberkulose. Münch. med. Wochenschr. 1918. Nr. 23. p. 613.

Die Partigentherapie der Hauttuberkulose nach Deycke-Much verdient volle Beachtung und weitere Prüfung seitens der Dermatologen. Alfred Perutz (Wien).



Lanz, W. Untersuchungen über die Eigenurinreaktion nach Prof. Wildbolz. Schweiz. med. Wochenschr. 1920. Nr. 17. p. 321.

Lanz hat an der Klinik Rollier in Leysin etwa 100 Fälle von chirurgischer Tuberkulose auf die Eigenurinreaktion nach Wildbolz untersucht und gefunden, daß alle nicht tuberkulösen Knochenaffektionen negativ auf die Eigenurinreaktion reagierten, von den tuberkulösen Erkrankungen reagierten nur 2 negativ, und zwar handelte es sich dabei um klinisch und röntgenologisch geheilte Fälle. Alle andern tuberkulösen Affektionen reagierten positiv, und zwar um so stärker, je aktiver der Prozeß war. Verf. glaubt, daß nur die negative Reaktion bei guter Allergie den Beweis der Heilung erbringe, was erst lange nach der klinischen Heilung erfolge. Eine negative Eigenurinreaktion bei bestehender Tuberkulose sei nur möglich, wenn der Herd stark abgekapselt sei.

Was das Verhalten der Reaktion bei einigen noch nicht sicher als tuberkulös erwiesenen Krankheiten betrifft, so fand Verf. bei 5 Fällen von Rheumatismus Poncet, daß 4 positiv auf Tuberkulin und Eigenharn, ein Fall schwach auf Tuberkulin, negativ auf Eigenharn reagierte. Bei 5 Fällen von chronischer Wirbelsäulenversteifung oder Spondylosis ankylotica konnten 4 Fälle untersucht werden. Alle 4 reagierten stark auf Tuberkulin und 3 reagierten auch positiv auf den Eigenharn. Damit scheint Verf. die tuberkulöse Ätiologie für viele dieser Fälle wahrscheinlich zu sein.

Bei Hodgkinschem Lymphogranulom reagierten von 3 Fällen 2 sicher positiv, ein Fall negativ.

Bei 2 Fällen von kongenitaler Lues fiel die Reaktion positiv aus, obschon klinisch keine Zeichen von Tuberkulose nachweisbar waren. Verf. glaubt hier eine Mischinfektion annehmen zu müssen, da Wildbolz die Eigenharnreaktion bei kongenitaler Lues stets negativ gefunden hatte. Max Winkler (Luzern).

Weiss, A. Über einen Fall von benignem Miliarlupoid (Boeck) und dessen günstige Beeinflussung durch spezifische Behandlung. Wiener med. Wochenschr. 1918. Nr. 13.

Der Autor beobachtete bei einem 21 jährigen serbischen Kriegsgefangenen ein Exanthem, das sich über den Stamm, Extremitäten, Brust, Hals und Gesicht ausbreitete und aus hirsekorngroßen bis kronenstückgroßen tumorartigen Efflorescenzen bestand. An den Einzelplaques war eine Delle im frischen Zustand, bei älteren Efflorescenzen im Zentrum narbige Involution zu sehen, Lungenbefund und Wassermann normal. Die mikroskopische Untersuchung eines excidierten Stückchens ergab als Diagnose: Tuberculosis cutis, Typus Boeck; im histologischen Bilde fanden sich reichlich Langhanssche Riesenzellen im Bereiche epitheloider Zellhaufen. Eine eingeleitete Behandlung mit Spenglerschen Tuberkulose-Immunkörpern ergab Involution der Efflorescenzen, die prominenten Plaques



flachten ab, zeigten Schuppung, um dann in weißlich narbig veränderte Haut überzugehen. Viktor Bandler (Prag).

Schlagenhäufer. Zur Kachexie hypophysären Ursprungs. Virchows Archiv. Bd. CCXXII. p. 249. 1916.

Mitteilung eines Obduktionsbefundes, bei dem Hypo- und Epiphyse durch tuberkulöse Infiltrationen zerstört angetroffen wurden. Sonst im Organismus geringgradige tuberkulöse Veränderungen. Schwerste Cachexie des 27 jährigen Individuums. Der Autor rechnet den Fall zu dem von Simmonds zuerst aufgestellten Typus der hypophysären Cachexie. Kyrle (Wien).

Reinhart. Über Kombination von Krebs und Kropf mit Tuberkulose. Virchows Archiv. Bd. CCXXIV. p. 236. 1917.

Schlußfolgerung: Zwischen Carcinom und allgemeiner Tuberkulose besteht ein gewisses Ausschließungsverhältnis. Die Schilddrüse erkrankt äußerst selten an chronischer Tuberkulose von fortschreitendem Charakter. Zwischen Struma und Tuberkulose besteht kein Antagonismus. S. Kyrle (Wien).

Wichmann. Der heutige Stand der Chemotherapie der Hauttuberkulose. Münch. med. Wochenschr. 1917. Nr. 37. p. 1205.

Von einer Chemotherapie der Hauttuberkulose sind wir noch weit entfernt, obwohl eine Reihe einwandfreier Beobachtungen vorliegen auf dem Blutwege ohne Anwendung einer Lokaltherapie Haut- und Schleimhauttuberkulose beeinflussen zu können.

Alfred Perutz (Wien).

Spitzer. Die Anwendung der Deycke-Muchschen Titrierung und Immuntherapie bei Hauttuberkulose. Münch. med. Wochenschr. 1917. Nr. 35. p. 1132.

Die Titrierung nach Deycke-Much bei Hauttuberkulose ergibt recht differente, oft mit der Konstitution der Kranken in unerwartetem Gegensatz stehende Ergebnisse. Das Titerergebnis erklärt häufig den günstigen oder ungünstigen Verlauf der Erkrankung. In vielen Fällen dürfte eine prognostische Verwertung des Titerergebnisses wertvolle klinische Anhaltspunkte liefern. Die Antigeninjektion hat in einzelnen Fällen einen anscheinend günstigen Einfluß auf den Verlauf der Hauttuberkulose. Alfred Perutz (Wien).

Gézar Gáli. Prognostischer und therapeutischer Wert der Cutanimpfungen mit Alttuberkulin und Partialantigenen nach Deycke-Much. Deutsche med. Wochenschr. 1918. Nr. 8.

Die Versuche Gális bezwecken die Feststellung der Unterschiede im Verhalten der Haut bei Cutanimpfungen mit A.T.K. und dem die drei Partialantigene enthaltenden M.Tb.R. Während das Tuberkulin neben der produktiven Entzündung auch Exsudation und Blasenbildung entsprechend dem Stratum papillare hervorrief, war diese letzte Wirkung bei der M.Tb.R. nicht vorhanden. Anderer-



seits reagierten Fälle auf Partialantigene, die auf Alttuberkulin nicht reagierten. Beide Methoden müssen aber öfter wie einmal angewendet werden. Da die Partialantigene, cutan appliziert, die Produktion der Antikörper steigern, so ist das Verfahren auch therapeutisch zu verwerten. Die Anfangsdosis von $^1/_2$ proz. Lösung wird allmählich gesteigert, bis febrile Allgemeinreaktion oder starke Lokalreaktion eintritt. Bei Fällen mit anfänglicher Anergie, geringer tuberkulöser Veränderung, aber mit schweren toxischen Symptomen wurde sichtbare Besserung erzielt. Nach Meinung des Verf. können die Erfolge der Partialantigene durch Eiweiß, Fettsäure, Neutralfett, getrennt appliziert, noch gesteigert werden. Max Joseph (Berlin).

Rost. Über die kombinierte Strahlenbehandlung der Tuberkulose vom Standpunkte des Dermatologen 1918. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 27.

Verf. sieht das Hauptziel der kombinierten allgemeinen und lokalen Bestrahlung mit künstlicher Höhensonne bei Tuberkulose der Haut in der kräftigen Allgemeinreaktion der Haut, dem Lichterythem. Hand in Hand mit diesem muß eine Herdreaktion und die Umstimmung des Organismus gehen. Nebensächlich ist die Pigmentbildung. Nach Besprechung der Eindringungsfähigkeit des ultravioletten Lichtes in die verschiedenen Bestandteile der Haut und seines Einflusses auf Nerven, Epithel und Blutgefäße betont Verf., daß das Hauptkriterium für die Reaktionsfähigkeit des Organismus die Allgemeinreaktion der Haut sei. Die klinische Wirkung der Allgemeinbestrahlung äußert sich in erhöhter Frische, Spannkraft, Eßlust und Gewichtszunahme. Hingegen lassen gelegentliche schädliche Wirkungen wie Mattigkeit, Kopfschmerz, Appetitlosigkeit, Aufgeregtheit, Schlaflosigkeit, selten auch Fieber und Eiweiß im Harn das Mittel als nicht indifferent erkennen und sorgfältige Dosierung und Individualisierung notwendig erscheinen. Dies gilt auch für die Herdreaktionen bei Lungen-, Gelenk- und Hauttuberkulose. Nach ausführlicher Beschreibung der Technik faßt Verf. Vorzüge der Lichtbehandlung vor andern Methoden zusammen: Geringe Schmerzhaftigkeit, Abkürzung der Behandlungszeit, Verminderung von Rückfällen, Möglichkeit ambulanter Behandlung, Ersparnis an Kosten und Arbeitsverlust und kosmetischer Effekt bei Lupus und Scrofuloderma. Gute Erfolge wurden erzielt bei Tuberkulose des Larynx, der Nieren, Nebenhoden, des Urogenitaltraktus, Lupus des Gaumens und Rachens, Tuberculosis cutis verrucosa, Lupus der Haut und allen exanthematischen Formen der Hauttuberkulose, sowie bei Scrophuloderma. Max Joseph (Berlin).

Bessunger. Ein neuer Weg zur Lupusheilung (Chemotherapie des Lupus mit röntgenisierten Jodsubstanzen). Deutsche med. Wochenschr. 1918. Nr. 39.

Die Veränderungen des Jodkali unter Lichteinfluß veranlaßten Bessunger diese Erscheinung in der Lupustherapie zu verwerten.

Nach mehrfachen Versuchen erprobte er folgendes Verfahren als heilkräftig: Die Krusten und Borken wurden mit Salicylvaseline abgeweicht, ein Tag vor der Bestrahlung 2 mal 2 g Jodolyt verabreicht und am nächsten Tage die kranke Stelle mit Jothion oder Jodolytester-Acetonöl massiert. Darauf wurde mit 30 X — 3 mm Aluminium bestrahlt und die gleiche Bestrahlung nach 3 Wochen wiederholt. Nach wenigen Stunden trat Rötung und Schwellung, nach wenigen Tagen Ulceration der kranken Stelle ein, die sich unter feuchten Verbänden bald reinigte und unter Salbenverbänden heilte. Übrigbleibende Lupusreste wurden durch Wiederholung des Verfahrens beseitigt. Die höchste notwendige Dosis war bei hartnäckigen squamösen Formen 150 X — 3 mm. Krankengeschichte und Abbildungen veranschaulichen Methode und Erfolge.

Max Joseph (Berlin).

Rhorer, Ladislaus v. Sensibilisierung gegen Röntgenstrahlen. Deutsche med. Wochenschr. 1918. Nr. 50.

Durch Injektionen mit Jodkali konnte Rhorer die Absorption der Röntgenstrahlen in den Geweben bedeutend vermehren und so den Heilungs- bzw. Besserungsverlauf bei tuberkulösen Symptomen schneller und günstiger gestalten, als ohne diese Sensibilisierung möglich war. Max Joseph (Berlin).

Spitzer, Ludwig. Über die Anwendung des Kohlenbogenlichtbades bei primären und sekundären Tuberkulosen der Haut und Schleimhaut. Münch. med. Wochenschr. 1916. Nr. 44. p. 1541.

Empfehlung des Kohlenbogenlichtbades nach Axel Reyn als hervorragendes Heilmittel gegen die Hauttuberkulose, speziell bei akuter tuberkulöser Geschwürsbildung der Mundschleimhaut.

Alfred Perutz (Wien).

Werther. Die Kupfersalbenbehandlung des Lupus vulgaris hat keine Vorzüge vor älteren Methoden. Münch. med. Wochenschr. 1917. Nr. 35. p. 1136.

Die Kupferlecithinsalbe nach Strauß ist eine Ätzsalbe mäßiger Güte und hält einen Vergleich mit den Erfolgen einer gut ausgeführten Pyrogallussalbenbehandlung nicht aus. Alfred Perutz (Wien).

Linden, Gräfin v. Erfüllt das Kupfer die Forderungen eines spezifisch wirkenden chemotherapeutischen Heilmittels gegen Tuberkulose? Berliner klin. Wochenschr. 1918. Nr. 13. p. 298.

Das Kupfer wirkt in vitro auf den Tuberkelbacillus ausgesprochen bakterícid, wenn es als Kupferlecithin-Lebertranemulsion mit ihm in Berührung kommt. Es erweist sich dann, in den Tierkörper eingeführt, als avirulent oder so abgeschwächt, daß die Krankheit des Versuchstieres später einsetzt und langsamer verläuft. Das Kupfer verhält sich beim Tuberkelbacillus wie das Salvarsan bei den Spirillen. Auf eiweißhaltigen Nährböden genügen schon Verdünnungen von

1 : 1 500 000 auf Kupfer berechnet, um das Bakterienwachstum dauernd zu hemmen; zur Abtötung reichen Verdünnungen von 1 : 150 000 aus. Die abtötende Wirkung des Cu auf den Tb. ist besonders groß, wenn er das Metall im Nährboden vorfindet. Kupfer wirkt noch in minimalen Dosen abtötend, wenn es in leicht resorbierbarer Form vorhanden ist. Es erfüllt damit die erste Bedingung eines spezifischen Arzneimittels.

Behandelt man Kaninchen mit Cu vor und infiziert sie nach einiger Zeit mit Tb., so wird der Ausbruch der Krankheit verschoben oder verhindert, wenn es auch noch nicht gelang, soweit zu immunisieren, daß überhaupt kein tuberkulöser Herd zur Ausbildung kommt. Die Schutzwirkung der Vorbehandlung macht sich aber auch noch geltend, wenn die Infektion ³/₄ Jahr später erfolgt.

Wendet man die Kupferbehandlung nach der Infektion an, und zwar pro Tier 0,001—0,005 g Cu im 14tägigem Zwischenraum subcutan eingespritzt, so kommt die Erkrankung zum Stillstand, die Einstichabscesse heilen, die Drüsenschwellungen gehen zurück. Bei 30% aller Fälle, bei 50% der mit größeren Dosen behandelten Meerschweinchen wird ein Stillstand der Infektion im frühen Stadium erreicht, wenn die Behandlung 14 Tage nach der Infektion einsetzt. Anfangsdosen von 0,01 auf das Mg-Meerschweinchen führen zur völlig recidivlosen Heilung des Infektionsabscesses, während diese bei den unbehandelten Kontrollen nie heilten. Die Verhältnisse liegen auch hier ähnlich wie beim Salvarsan, wenn auch die Heilung längere Zeit erfordert. Dies ist darauf zurückzuführen, daß die Spirillen im Blute und Gewebssaft frei beweglich sind, während die Tuberkelbazillen in Zellen und Gewebe eingeschlossen sind und das intravenös oder subcutan zugeführte Kupfer aus dem Blut erst herausgeholt werden muß, was nur geschehen kann, wenn die tuberkulösen Herde eine reichliche Blutversorgung besitzen.

Auch bei der menschlichen Tuberkulose konnten diese spezifischen Kupferwirkungen beobachtet werden. Es traten

1. Reaktionen lokaler und allgemeiner Art nach Zuführung größerer Kupfermengen, namentlich intravenös, ein.

2. Leibner beobachtete das Schwinden der Bakterien aus dem Sputum bei Lungenherden bei Einspritzung sehr hoher Dosen manchmal nach der II. oder III., gewöhnlich nach der IV. Einspritzung.

3. In tuberkulösen Herden an Lunge, Kehlkopf, Nieren und Blase wurden Heilungsvorgänge beobachtet.

Beobachtungen zeigten auch, daß durch Cu die Antikörperbildung im Körper Tuberkulöser angeregt wurde (z. B. Wiederaufflammen abgeklungener Pirquetreaktionen), was als spezifische Arzneiwirkung anzusehen ist. Wenn auch die Heilung äußerer tuberkulöser Herde nach intravenöser, subcutaner und innerer Darreichung beobachtet wurde (Strauss), so können auch die „ver-



blüffenden Erfolge" bei Lokalbehandlung von Haut- und Schleimhautlupus als spezifische, nicht als bloße Ätzwirkung angesehen werden. Während das Pyrogallol z. B. Gesundes und Krankes zum Absterben bringt, läßt Cu die Krankheitsherde allein anschwellen und wie bei Tuberkulinwirkung unter Entzündung, Hyperämie, Exsudation und Abstoßung des tuberkulösen Gewebes „in kurzer Zeit abheilen". Diese Reaktion läßt sich, sobald das tuberkulöse Gewebe geschwunden ist, bei wiederholter Salbenanwendung nicht mehr auslösen, ist also spezifisch. Krakauer (Breslau).

Wildbolz, H. Der biologische Nachweis aktiver Tuberkuloseherde des menschlichen Körpers durch die intracutane Eigenharnreaktion. Korrespondenzbl. f. Schweiz. Ärzte 1919. Nr. 22. p. 793.

Da es trotz der Tuberkulinreaktion noch nicht möglich ist, auf biologischem Wege festzustellen, ob jemand noch einen aktiven Tuberkuloseherd im Körper beherbergt, suchte Wildholz einen neuen Weg auf, um zum Ziele zu gelangen. Er dampfte den Urin von Tuberkulösen auf $^1/_{10}$ seines Volumens im Vacuum bei 65—70° C ein, beseitigte die Harnsalze durch Passieren des Urins durch einen mit 2% Karbolwasser getränkten Papierfilter und nahm mit diesem Urin intracutane Impfungen bei Tuberkulösen vor in Analogie zur Tuberkulinreaktion. Der vom Verf. inaugurierte Weg erwies sich als sehr erfolgreich. Bei der Technik verlangt der Verf., daß nach Mantoux intracutan eingespritzt werde und zwar nur 1—2 Tropfen, was eine gewisse Übung erfordere. Es soll post injectionem eine kleine nur etwa 5 mm große weiße Quaddel entstehen. Wenn keine Quaddel entsteht, ist dies ein Beweis der zu tiefen Injektion. Die Harnimpfung soll stets an zwei nebeneinanderliegenden Stellen vorgenommen werden. Daneben sind in der Nachbarschaft noch je zwei weitere Stiche, mit Tuberkulin 1: 1000 und 1: 10 000 geimpft, einzulegen.

Es wurde zunächst an einem größern chirurgischen Material geprüft, ob der Urin Gesunder resp. nicht an Tuberkulose Leidender ebenfalls eine Reaktion gebe. Die Probe soll stets negativ ausgefallen sein. Hingegen zeigte der Harn Tuberkulöser an ihrem Körper und bei andern Tuberkulösen eine deutliche Reaktion in Form eines umschriebenen Infiltrates, oft von Rötung begleitet. Der Höhepunkt der Reaktion wurde in der Regel nach 48 Stunden erreicht. Die positive Reaktion zeigte sich bei Tuberkulösen mit größter Regelmäßigkeit, sie blieb aus, wenn der betreffende Körper keine Allergie gegen Tuberkulin zeigte, d. h. wenn er auf Tuberkulin 1: 1000 gar nicht reagierte. Der Gehalt des Urins an Tuberkelbacillen spielte bei der Reaktion keine große Rolle.

Auch bei 30 Phthisikern fiel die Reaktion stets positiv aus.

Bei Lues fiel die Eigenharnreaktion negativ, bei einem Leprösen positiv aus. Auch mit dem Urin von Grippekranken konnte keine



positive Reaktion erzeugt werden. Hingegen gelang es mit dem Harn von an Staphylokokkurie leidenden Kranken eine positive Reaktion auch bei Gesunden zu erzeugen. Bei an Nephritis leidenden Patienten konnte Verf. in vereinzelten Fällen eine positive Reaktion erzeugen.

Wildbolz zieht aus seinen Ergebnissen den Schluß, daß im Urin aktiv Tuberkulöser dem Tuberkulin sehr nahe stehende Stoffe ausgeschieden werden. Die Reaktion spricht für einen aktiven Tuberkuloseherd irgendwo im Körper, da nicht gebundene Antigenkörper im Blute zirkulieren.

Nach Verf. läßt sich die Reaktion evtl. auch zur Entscheidung der Frage, ob die Tuberkulose geheilt ist oder nicht, heranziehen. Seine bis jetzt gemachten Erfahrungen scheinen ihn in dieser Ansicht zu bestärken. Max Winkler (Luzern).

Lepra.

Kraus, R. Ungelöste Probleme der Lepra-Forschung. Wiener klin. Wochenschr. 1917. Nr. 40.

Die Kulturen der Leprabacillen entbehren bisher der Einheitlichkeit; die Kulturen der verschiedenen Autoren sind Diphtheroide, Streptotricheen, meist säurefester Natur, morphologisch und kulturell verschieden. Es fehlt die Konstanz der Befunde. Ein weiterer wichtiger Punkt ist, daß die Frage der Übertragung mittels Kulturen auf Tiere nicht einwandfrei gelöst ist. Der Nachweis einer Leprakultur ist mit Exaktheit bisher nicht gelungen, immerhin sprechen viele Anzeichen dafür, daß die säurefesten Kulturen, welche gezüchtet worden sind, vielleicht in Beziehung zur Lepra zu bringen sein dürften, insbesondere der Stamm Kedrowski. Nach der Auffassung des Autors wäre es möglich, daß die Lepra nicht bloß durch eine einzige Art säurefester Bakterien erzeugt wird, sondern wie bei der Dysenterie verschiedene Bakterienarten die Ursache sein dürften. Eine spezifische Leprareaktion besteht vorderhand nicht. Auch bezüglich der Prophylaxe der Lepra, sowie bezüglich des Mechanismus der Übertragung bestehen noch ungelöste Probleme. Viktor Bandler (Prag).

Sordelli, A. und *Fischer*, H. Zur Frage der diagnostischen Serumreaktion bei Lepra. Wiener klin. Wochenschr. 1917. Nr. 40.

Die Resultate der Untersuchung von 81 Seren Tuberös-Lepröser lassen wahrscheinlich erscheinen, daß Lepra allein nicht den positiven Ausfall der Koagulationsreaktion hervorruft, daß vielmehr meistens das gleichzeitige Vorhandensein von Lues das positive Resultat der Gerinnungsreaktion verursacht. Mit der Gerinnungsreaktion von Klinger-Hirschfeld war es den Autoren möglich, die Lepra von den Infektionskrankheiten abzusondern, bei denen die Wasser-



mannsche Gruppenreaktion wie auch andere serologische Untersuchungsmethoden durch positiven Ausfall ihren differentialdiagnostischen Wert einbüßten. Anderseits ermöglichte der positive Ausfall der Komplementablenkungsreaktion mit Tuberkulin als Antigen mit großer Wahrscheinlichkeit die Diagnosestellung von Lepra. Positiver Ausfall der Wa.R. und der Gerinnungsreaktion bei negativem Komplementablenkungsversuch mit Tuberkulin weisen auf Lues hin, während positive Wa.R. bei negativer Gerinnungsreaktion und positivem Tuberkulinversuch auf Lepra schließen lassen. Zeigt ein Serum bei allen drei genannten Reaktionen positiven Ausfall, erscheint neben Lepra das Vorhandensein einer syphilitischen Infektion wahrscheinlich. Viktor Bandler (Prag).

Parasitäre Erkrankungen.

Winkler, M. Über die Mikrosporie - Epidemie in Luzern. Korrespondenzbl. f. Schweiz. Ärzte 1919. Nr. 40. p. 1497.

Winkler beobachtete in Luzern eine Mikrosporie-Epidemie von im ganzen 24 Fällen. Die Epidemie betraf 8 Familien. Davon waren 16 Knaben und 8 Mädchen befallen. Das jüngste Kind war 14 Monate, das älteste 13 Jahre alt. Viele Kinder wiesen die Krankheit in uncharakteristischer Form auf. Es bestanden nur grauliche Schuppenherde ohne abgebrochene Haare. Nur der mikroskopische Pilznachweis ermöglichte die Diagnose. Kulturell konnte das Mikrosporon Audouini gezüchtet werden. Bei einem Falle kam es während der Behandlung zu einem Lichen trichophyticus.

Dank den gesetzlichen Maßnahmen, die sofort ergriffen wurden, gelang es, der Epidemie in kurzer Zeit Herr zu werden. Er wurden folgende Vorkehrungen getroffen: Anzeigepflicht, Schulverbot für die Kranken und deren Geschwister, konstantes Tragen einer Zipfelmütze, Spezialklassen für die kranken Kinder und deren gesunde Geschwister, zwangsweise Röntgenbestrahlung auf Kosten des Staates. Trotzdem in der größten Zahl der Fälle nur lokal bestrahlt wurde, ohne totale Epilation, kam Verf. doch zum Ziele. Die Bestrahlungen wurden mit energischer Lokalbehandlung — Einfettungen mit 10proz. Pyrogallussalbe und Pinselungen mit 5proz. Jodtinktur — kombiniert.

Verf. schätzt die Inkubationszeit an Hand seiner Erfahrungen auf 4—8 Wochen.

Nachteile durch die Bestrahlungen wurden nicht konstatiert.

Autoreferat.

Fischer, W. Über das Auftreten der Mikrosporie in Berlin und ihren Erreger, eine neue Varietät des humanen Typs. Berl. klin. Wochenschr. 1919. Nr. 42. p. 996.

In Groß-Berlin kamen seit der Epidemie 1908 keine Mikrosporiefälle mehr vor. April 1918 beobachtete Fischer 2 Geschwister mit



zahlreichen Herden auf dem behaarten Kopf; die Mutter hatte einen Herd am Arm, einer der seltenen Fälle auf der freien Haut der Erwachsenen, der nicht erkrankte Vater war kurz vorher aus Nordfrankreich gekommen. Die Kultur ergab Mikr. Audouini. Gleichzeitig, aber ohne Zusammenhang, wurden aus einem Stift 17 Kinder mit Mikrosporie ins Virchow-Krankenhaus aufgenommen; Anfang 1919 kamen im selben Stift noch mehr Fälle vor und nun trat Verschleppung ein; über 200 Frauen und Kinder wurden schon festgestellt. Charakteristisch ist anfangs der graue, wie mit Staub bedeckte Kreis, die weißlichen, glanzlosen, einige nur über dem Haarniveau abgebrochenen Haare. Die Sporen sind auffallend klein und sitzen peripilös. Die Infektiosität ist außerordentlich groß. Die einzige Methode ist Röntgenbestrahlung: Epilation in einer Sitzung bei 6—7 Einstellungen je eine Volldosis bei $^1/_2$ mm Alum-Filter, wobei meist nach einigen Stunden Apathie, Kopfschmerz, Übelkeit und Erbrechen eintreten, die aber sehr schnell restlos zurückgingen. (Bis zur Epilation am besten stationäre Behandlung.) Feste Kopfverbände mit 5—15% Salicylschwefelsalben, Einpinselung der Kopfhaut mit Jodtinktur oder Salicylspiritus. Nachuntersuchungen wegen der Rezidivgefahr. Mikroskopisch gleichen die Pilze dem Mikr. Audoini, die Kultur zeigte aber Abweichungen. Sehr geringe Wachstumstendenz, nie radiäre Faltenbildung, seltene Flaumbildung, fast vollkommener Mangel an Sporulation. Es liegt also eine bisher in Deutschland unbekannte Abart vor, was auch Plaut bestätigte, Guéguen hat 1912 im Arch. d. Parasit. Bd. XIV Nr. 2 einen aus den Schuppen einer älteren Frau kultivierten Pilz beschrieben, dessen Kulturen hiermit genau übereinstimmen, der von ihm M. depauperat. genannt wurde. Bei der Berliner Epidemie traten klinisch etwas mehr Entzündungserscheinungen auf als sonst, relativ häufig (4 mal unter 200) auch schwere Kerionbildung mit Abscedierung. Eines der Kerionkinder bekam am Rumpf ein follikulär angeordnetes Exanthem kleiner brauner Papeln, das vielleicht ein „Mikrosporid" darstellt. Bei drei dieser 4 Kinder ergab intracutane Trichophytineinspritzung (aus selbst hergestellten Mäusefavusextrakt) positive Reaktion.

Krakauer (Breslau).

Klehmet, W. Eine Mikrosporie-Epidemie mit eigenartigem Verhalten in Hannover. Dtsch. med. Wochenschr. 1919. Nr. 43.

In einem Waisenhause beobachtete Klehmet das epidemische Auftreten einer Haarkrankheit, das dann auch Kinder aus der Stadt mitergriff. Ein primärer Herd zeigte ohne Entzündung weiße Schuppen und Schwellung der Follikel, aber keine Pusteln. Einige Follikel waren haarlos, die auf den Herden noch stehenden Haare höchstens 5 mm lang und von graugelber Farbe. Die Hälfte der Kinder etwa hatten auch auf dem Körper runde schuppende Flecke. Kulturversuche ergaben ein Mikrosporon von auffallend zarten Kulturen,



der mit keiner der bisher beschriebenen Arten identisch war und für welchen Plaut, der vom Verf. zu Rate gezogen wurde, den Namen Mikrosporus pertenue vorschlug. Die Herde zeigten große Widerstandsfähigkeit gegen Röntgenstrahlen. Neben den Bestrahlungen wurden starke Antiparasitica und heiße Kataplasmen mit schließlichem Heilerfolge verwendet. Max Joseph (Berlin).

Alexander, Arthur. Zur Therapie der tiefen Trichophytien Med. Klin. 1918. Nr. 26. p. 639.

Alexander hebt hervor, daß fast alle Trichophytien der Bartgegend als tiefe zu betrachten sind, denn mikroskopisch sind meist die Haare von Pilzfäden und Sporen erfüllt. Deswegen soll bei diesen Fällen immer epiliert werden, auch bei den scheinbar oberflächlichen Formen. Er teilt nicht die Befürchtungen Hellers über die Epilation durch Röntgenbestrahlung. Wenn Filter benutzt werden, so rücken die therapeutischen Haarausfall erzeugende und die toxisches Erythem hervorrufende Dosis, die bei der oberflächlichen Bestrahlung eben in der sogenannten Erythemdosis ganz nahe beieinander liegen, relativ weit auseinander, so daß die Gefahr dauernder Schädigungen absolut vermieden wird. Alexander gibt die Volldosis, die unter 1 mm Aluminiumfilter etwa 2 Erythemdosen beträgt, in einer Sitzung und hat außer relativ harmlosen, schnell ablaufenden Frühreaktionen niemals unglückliche Zufälle gesehen. Mit Heller tritt Alexander für die absolute Notwendigkeit heißer Umschläge ein. Alexander tritt am Schlusse der Ansicht bei, welche ein Rasieren bei Trichophytiekranken befürworten. Das bloße Kurzscheren der Haare hindert zu sehr die Applikation der notwendigen therapeutischen Maßnahmen. Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Pöhlmann, A. Über Diagnose, Verbreitung und Behandlung der Bartflechte. Med. Klin. 1919. Nr. 6. p. 136.

Sorgfältige Zusammenstellung des in der Überschrift angegebenen Themas, gehalten als Vortrag vor den Ärzten einer Armeeabteilung; dürfte den Lesern der Zeitschrift kaum etwas Neues bringen.

Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Jankau, L. Einige Worte zur Prophylaxe in der Rasierstube. Der praktische Arzt 1919. p. 239.

Jankau fordert um die Infektion mit Anginen, Tuberkulose usw. für welche durch die Unart des Sprechens, Anblasens seitens der Raseure reichlich Gelegenheit gegeben ist, zu verhüten ein Schutztuch, wie es in der Chirurgie bei Operationen getragen wird. Ebenso wäre eine regelmäßige Desinfektion der Bartscheren und Haarschneidemaschinen notwendig. Walther Pick (Wien).

Nobl, G., und W. *Löwenfeld*. Epidemische Bartflechtenverbreitung in Wien. Med. Klin. 1919. Nr. 33. p. 789.

Nobl und Löwenfeld weisen auf die Zunahme der Bartflechtenerkrankungen in Wien hin. Besonders die tierpathogene Gruppe weist eine wesentliche Zunahme auf. Auf die Rolle des Trichophyton



gypseum ist schon an anderer Stelle hingewiesen worden. Die Wichtigkeit der Hygiene der Barbierstuben wird genügend betont; die erforderlichen Maßnahmen werden beschrieben. Die Verff. veranlassen die Kranken, sich selbst zu rasieren und besonders bei den sykosiformen und furunkuloiden Typen die alkoholgereinigten Messer von der gesunden Peripherie aus in die Richtung der Krankheitsherde zu führen. Daran anschließend erfolgen heiße Seifenwaschungen und Betupfen mit Salicylspiritus. Wichtig ist manuelle Epilation. Weiter werden Carbolsäureätzungen, heiße Umschläge mit Burowscher Lösung und Salbenapplikationen mit weißem Präcipitat verwendet.

Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Blumenthal, Franz, und Asta *von Haupt*. Immunisatorische Vorgänge bei der Trichophytie des Menschen. Dtsch. med. Wochenschr. 1920. Nr. 2.

In den meisten Trichophytiefällen, die tiefere Schichten ergriffen hatten, fanden Blumenthal und von Haupt im Serum der Patienten komplementbindende Antikörper, selten wurden dieselben bei oberflächlichen Formen nachgewiesen. Meist entsprach die Menge der Antikörper der Schwere der Erkrankung, häufig aber nicht stets verliefen Allergiereaktion und Antikörperbildung parallel. Das Trichophytin regte die Erzeugung der Antikörper bemerkenswert an. Alle (bis auf einen) mit Trichophytin vorbehandelten Fälle zeigten Komplementbindung. Die gleiche Reaktion sowie die Allergiereaktion trat auch bei Sycosis non parasitaria und tuberkulösen Drüsen ein, einzelne Trichophytine ergaben mit syphilitischen Seren zuweilen eine positive Wa.R. Bei der Trichophytie liegt nicht eine reine Zellimmunität, sondern humorale Immunitätsvorgänge vor.

Max Joseph (Berlin).

Zweig, Ludwig. Zur Prophylaxe der Bartflechte. Med. Klin. 1918. Nr. 38. p. 938.

Zweig empfiehlt, daß in den Barbierstuben wegen der Bartflechtenepidemien nur Papiertücher zur Anwendung kommen.

Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Landau, Hans. Über Desinfektionsversuche mit Trichophytonpilzen und über die Maßnahmen zur Bekämpfung der Trichophytie. Med. Klin. 1918. Nr. 41. p. 1012.

Aus den Desinfektionsversuchen Landaus geht hervor, daß die Trichophytonsporen in ihrer Resistenz nicht den Bakteriensporen, sondern den vegetativen Sporen der Bakterien gleichzustellen sind. Sie verhalten sich den versuchten Mitteln gegenüber etwa wie Staphylokokken. 96 proz. Alkohol tötet die Keime sehr energisch ab, wenn sie ihm frei ausgesetzt werden; er dürfte sich, auch in Form des billigeren Brennspiritus, zur praktischen Desinfektion der vorher gereinigten, noch feuchten Rasiermesser praktisch eignen. Bei trockenen Instrumenten ist ein 75—80 proz. Alkohol zu nehmen, da der 96 proz. in trockene Schichten nicht eindringt. Für die Händedesinfektion,



z. B. der Barbiere, ist Sublimat in 0,1 proz. Lösung, bei empfindlichen Händen Sublamin zu empfehlen. Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Chajes, B. Die Pilzerkrankungen der menschlichen Haut. Med. Klin. 1918. Nr. 13. p. 312.

Nach einigen Bemerkungen über die Kultur und die mikroskopische Untersuchung gibt Chajes eine Übersicht über die menschlichen Pilzerkrankungen mit differentialdiagnostischen Bemerkungen. Besonders sorgfältig wird das Kapitel der Therapie der Trichophytonerkrankungen behandelt. Den Schluß der Arbeit bildet eine Übersicht über die Vorkehrungen zur Verhütung der Pilzerkrankungen.

Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Heller, Julius. Erfahrungen mit der medikamentös-chirurgischen Behandlung der Trichophytie. Med. Klin. 1918. Nr. 16. p. 388.

Bei den oberflächlichen Formen vermeidt Heller das Rasieren, empfiehlt aber das Kurzhalten der Haare. Als Medikament verwendet er: Tinct. jodi 5,0 acidi salicyl. 5,0 Spiritus rect. 40,0. Die Flüssigkeit wird zweimal täglich eingepinselt, bis Spannung der Haut erfolgt; dann wird eine indifferente Salbe verwendet. Nachbehandlung mit Zinnober-Schwefelsalbe. Bei Befallensein der Haarfollikel ist technisch geschickt ausgeführte Epilation erforderlich. Während der Epilation werden feuchte Sublimatumschläge $^1/_4$—$^1/_4$ $^0/_{00}$ verwendet. Heller empfiehlt Umschläge mit einer Auflösung von Diatomeenpanzerschlamm in Sublimat. Kommt es unter den Umschlägen zu Austrocknung der Haut mit oberflächlicher rauher Schuppung, so ist es Zeit zu desinfizierenden Salben überzugehen. Bei Bildung eitriger Knoten sind Incisionen erforderlich. Unter Umständen ist eine gleichzeitige Behandlung mit Staphylokokkenvaccine zu empfehlen. Die Röntgenbehandlung verwirft Heller, da er öfter Atrophien der Gesichtshaut nach Röntgenbehandlung gesehen hat. Bei seiner eigenen sehr vorsichtigen Röntgenbehandlung stellte er keine Schädigungen, aber auch keine hervorragenden Heilerfolge fest.

Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Chajes, B. Bartflechtentherapie mittels Sterilin. Med. Klin. 1918. Nr. 22. p. 546.

Um in der Bartflechtenbehandlung eine Abtötung der Pilze und gleichzeitig einen vollkommenen Abschluß der erkrankten Hautpartien zu erzielen, ist nach Chajes die Anwendung des Sterilins rein oder unter Zusatz von Desinfizienten geeignet. Das von Colman hergestellte Sterilin ist eine sirupöse hellgelbe Flüssigkeit, die hauptsächlich eine Lösung von organischen Estern der Cellulose in Aceton darstellt und die Eigenschaft besitzt, große Mengen organischer ölartiger Erweichungsmittel aufzunehmen. Chajes setzt dem Sterilin bei der Trichophytiebehandlung $3^1/_2$ Salicylsäure und Resorcin zu. Die Krankheitsherde werden täglich eingepinselt. Bei Eiterbildung bei tiefer Trichophytie ist das Sterilin kontraindiziert,



da es den Eiterabfluß verhindert. Ferner empfiehlt der Verf. das Sterilin rein oder mit Zusatz von Ichthyol (10%), Epicarin (5%), Acidum salicyl. und Resorcin 3—5%) zur Abdeckung und zum Schutz der Umgebung bei Furunkel, Ulcera cruris, Pyodermien, Impetigo contagiosa. Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Schütz. Beitrag zur Therapie und Prophylaxe der Trichophytie. Münch. med. Wochenschr. 1918. Nr. 22. p. 593.

Therapie der frischen Fälle oberflächlicher Trichophytie: Ätzen mit Acid. carbol. Chloralhydrat Tinct. Jodi āā. Zwischendurch pinseln mit 10proz. Epicarin spiritus.

Bei älteren Fällen 3proz. heiße Bormlösung und Brookesche Paste. Alfred Perutz (Wien).

Hoffmann, C. A. Die Behandlung der Bartflechte durch percutane Vuzininjektionen. Dtsch. med. Wochenschr. 1919. Nr. 15.

Um die Schmerzhaftigkeit zu vermindern, kombinierte Hoffmann die Vuzinlösung (Chininderivat) mit Novocain-Adrenalin und infiltrierte hiermit nach feinem Einstrich am Rande der erkrankten Stelle mittels Kanüle den ganzen Herd. Zur Nachbehandlung diente Jodtinktur, da feuchte Verbände die Erkrankung auf die Umgebung der Herde verbreiteten. Die Heilresultate waren gut. Zusatz von Gummi arabicum verlangsamte die Resorption der Lösung und verbesserte die Wirkung. Max Joseph (Berlin).

Bruck. Über die Behandlung tiefer Bartflechten mit Trichon. Münch. med. Wochenschr. 1918. Nr. 13. p. 347.

1911 empfahl Bruck und Kusunoki die Behandlung der tiefen Trichophytien mittels Injektionen von Extrakten aus Trichophytiepilzen. Empfehlung der Anwendung von Trichon zur wesentlichen Abkürzung der Trichophytiebehandlung. Alfred Perutz (Wien).

Scholtz. Über die diagnostische und therapeutische Anwendung des Trichophytin Höchst. Münch. med. Wochenschr. 1918. Nr. 19. p. 509.

Das Höchster Trichophytin kann sowohl für Diagnose und Therapie der tiefen als auch oberflächlichen Trichophytieformen verwendet werden. Diagnostisch wird es intradermal in Verdünnungen 1 : 50 bis 1 : 100 verwendet. Die intradermale Applikationsweise ist auch für therapeutische Zwecke am besten.

Alfred Perutz (Wien).

Meirowsky. Vorschläge zur Bekämpfung der Bartflechtenepidemie. Münch. med. Wochenschr. 1918. Nr. 19. p. 511.

Im Original nachzulesen. Alfred Perutz (Wien).

Meyer, Fritz M. Die Strahlenbehandlung der Trichophytie des Bartes. Münch. med. Wochenschr. 1918. Nr. 22. p. 592.

Eine systematische Durchführung der Strahlenbehandlung ist bei der tiefen Bartflechte entweder die alleinige Therapie oder vereint



mit der Klingmüllerschen Terpentinölbehandlung am ehesten dazu berufen, diese Krankheit zu heilen. Alfred Perutz (Wien).

Zumbusch. Notiz über Krätze und Bartflechte. Münch. med. Wochenschr. 1918. Nr. 25. p. 675.

Zur Krätzebehandlung Empfehlung einer den Verhältnissen entsprechend modifizierte Wilkinson-Salbe. Alfred Perutz (Wien).

Müller, F. X. Die Behandlung der Trichophytia superfic. et profunda mit Terpentineinspritzungen. Münch. med. Wochenschr. 1918. Nr. 26. p. 697.

Die Klingmüllersche Terpentinölbehandlung kann ambulant angewendet werden, da die Einspritzungen ohne jede Reaktion vertragen werden. Schädigende Einwirkungen auf den Gesamtorganismus traten nie auf. Die Erfolge sind ausgezeichnet.

Alfred Perutz (Wien).

Arneth. Notiz zur Behandlung der Sycosis barbae parasitara. Münch. med. Wochenschr. 1918. Nr. 29. p. 794.

Epilation sämtlicher Haare mit Pinzette und fortgesetzte Prießnitzumschläge (2—3 täglich) mit 2proz. essigsaurer Tonerde.

Alfred Perutz (Wien).

Blumenthal, Franz. Über die Behandlung der Trichophytie. Dtsch. med. Wochenschr. 1919. Nr. 21.

Während oberflächliche Trichophytien nicht behaarter Hautstellen bereits unter Jodtinktur, Naphtolsalbe oder Chrysarobin heilten, fand Blumenthal bei Erkrankung des behaarten Kopfes oder Bartes Epilation, bei Affektion tieferer Schichten Umschläge mit heißem Brei oder heißer essigsaurer Tonerde, Thermophore, daneben antiseptische Waschungen zur Einschmelzung der Infiltrate, Anregung der natürlichen Abwehrprozesse und Entfernung der Pilzelemente empfehlenswert. Röntgenstrahlen übten eine deutliche Heilwirkung, obgleich sie nicht baktericide Kraft zeigten. Die Aureollampe wirkte gut bei oberflächlichen, unsicherer bei tiefen Trichophytien. Die besten Resultate am behaarten Kopfe wurden mit möglichst harten Strahlen erzielt. Da aber diese bei Bartbestrahlung unangenehme Nebenwirkungen, wie Schwellung der Mundschleimhaut, Aufhören der Speichelsekretion und Zahnschmerz, hervorriefen, so wandte Verf. in solchen Fällen eine Mitte zwischen Oberflächen- und Tiefenbestrahlung und mittelstarke Filter an.

Max Joseph (Berlin).

Schaefer, Friedrich. Antisykon gegen Bartflechte. Therap. Monatshefte 1919. Heft 6. p. 221.

Schaefer will ausnahmslos gute Resultate mit Antisykon an 28 Patienten erzielt haben, bei einer Behandlungsdauer von höchstens 1 Monat in den schwersten Fällen. Nach den bisherigen therapeutischen Erfahrungen mit Trich.-Heilmitteln scheint mir Schaefers Beurteilung des Antisykon zu optimistisch zu sein, es sei denn, daß

seine Heilungen durch mehrfachen negativen Pilzbefund erhärtet worden sind. Hans Martenstein (Breslau).

Steinert, E. Zur Klinik der Soorkrankheit und zur Biologie des Soorpilzes. Zeitschr. f. Kinderheilk. Bd. XXV. p. 83.

Als eigentliche Domäne des Soorpilzes ist die kindliche Mundhöhle zu betrachten, welche unter bestimmten Voraussetzungen, deren Natur wir nicht kennen, dem Soorpilz Haftungs- und Wachstumsbedingungen bietet. Klinisch werden 2 Typen unterschieden:

1. Soor in torpiden Einzelplaques an der Zungenunterfläche und der Gegend des Überganges der Wangenschleimhaut auf die Kiefer. Vorkommen: bei ernährungsgesunden Säuglingen entsprechend der normalen Zungenhaltung während des Schlafes. 2. Der disseminierte Soor mit Fleckchen beginnend bis zum Überzug der ganzen Zungenoberfläche und mehr. Vorkommen: bei dyspeptischen oder kachektischen Säuglingen.

Soorpilze der Haut oder Brustwarze der stillenden Frauen konnten nicht gefunden werden.

Die Mechanik der Infektion ist unbekannt; Trockenheit und sauere Reaktion des Mundes spielt dabei eine Rolle.

Biologisch wurde in 26 Fällen stets nur eine ganz umschriebene Pilzart gefunden, die auf den verschiedenen Nährböden differente Wuchsformen darbot. Über die näheren biologischen Details sei auf das Original verwiesen. Martin Friedmann (Breslau).

Odermatt, W. Ätiologisches zur Aktinomykoseerkrankung. Korrespondenzbl. f. Schweiz. Ärzte 1920. Nr. 2. p. 26.

Verf. berichtet über 8 Fälle von Aktinomykose bei Soldaten, bei denen er das Strohlager als ätiologisches Moment als in erster Linie in Betracht kommend zum Gegenstand seiner Erörterungen macht. Der Aktinomycespilz kann sehr lange auf Stroh haften und kommt auf Gras- und Strohhalmen sehr häufig vor. Die Inkubationszeit kann sehr lange sein. In einem Fall trat die Krankheit erst 8 Monate nach überstandenem Militärdienst auf, wurde aber von der Militärversicherung anerkannt. Verf. geht so weit, die Aktionmykose als eine, wenn auch seltene, Berufskrankheit der Soldaten zu erklären, wenn sie genötigt sind, Strohlager zu benützen.

Max Winkler (Luzern).

Sikora, H. Zur Kopflaus-,Kleiderlausfrage. Arch. f. Schiffs- und Tropenhyg. 1919. p. 65.

Verf. kommt auf Grund seiner Versuche, entgegen seiner früher geäußerten Vermutung, zu dem Ergebnis, daß Kopfläuse durch Weiterzüchtung mehrerer Generationen am Arm nicht zu Kleiderläusen werden. Er stellt jedoch fest, daß Mischrassen, Kreuzungsprodukte von Kopf- und Kleiderlaus, so häufig sind, daß eine morphologische Beurteilung einzelner Läuse ganz unmöglich ist. Verf. selbst gelang eine Kreuzung bisher nicht. Martenstein (Breslau).



Wolpe, Lotte. Zwei Fälle von Nitrobenzolvergiftung durch Kopfläusemittel. Dtsch. med. Wochenschr. 1920. Nr. 4.

Zwei kleine Mädchen wurden nach einer bzw. zwei Einreibungen eines in der Drogerie gekauften Kopfläusemittels von Krämpfen und Ohnmacht befallen, die bis zu kleinem Puls und kurzem Aussetzen der Atmung führte. Wolpe konnte in dem gebrauchten Mittel Nitrobenzol nachweisen und macht auf die Gefährlichkeit dieses Chemikaliums aufmerksam. Die Kinder genasen nach energischen Kopfwaschungen, Apomorphin subcutan, Campher- und Coffeininjektionen, Aderlas und subcutaner Kochsalzinfusion. Noch nach dem schweren Anfall dauerte die Cyanose und Kränklichkeit einige Zeit an. Max Joseph (Berlin).

Hartmann, Armin, und Rudolf *Pressburger*. Zur Frage der Entlausung und Desinfektion anläßlich der Demobilisierung. Med. Klin. 1917. Nr. 26. p. 710.

Technische Erwägungen über die Entlausung und Desinfektion großer Truppenmassen, nicht zum kurzen Referat geeignet. Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Fels, J. Bemerkungen über Krankenentlausung. Med. Klin. 1918. Nr. 36. p. 885.

Fels weist darauf hin, daß bei stark verlausten Soldaten die Desinfektion der Kleider bei gleichzeitigem Bad und Abwaschen der Kranken mit nachherigen Einschmieren einer Petroleum und Essig enthaltenden Lösung nicht genügt, um alle Nisse zu beseitigen. Die langen Häare müssen abrasiert werden und in vielen Fällen auch die Lanugohaare. Er weist ferner darauf hin, daß besonders Gegenstände mit finanzieller und religiöser Bewandtnis eine Brutstätte für Kleiderläuse abgeben. Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Wolff, W. Entlausungsapparate. (Sammelreferat.) Med. Klin. 1917. Nr. 33. p. 694.

Sorgfältig zusammengestelltes Referat über die zur Entlausung bestimmten Apparate und Verfahren mit eingehendem Literaturverzeichnis. Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Heymann, Bruno. Die Bekämpfung der Kleiderläuse. Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. 1915. Nr. 10.

Kurze Biologie der Kleiderlaus. Versuche haben ergeben, daß die vielfach empfohlenen Bekämpfungsmittel, besonders ätherische Öle, Insektenpulver, Trikresolpulver, Naphthalinsalbe, wenig wirksam gegen die Läuse sind. Sehr wirksam ist schwefelige Säure in ihren verschiedenen Anwendungsformen. Tote Versuchstiere zeigen, wenn sie vorher nicht ausgehungert waren, braune Verfärbung. Zur Abtötung der Eier erwies sich strömender Wasserdampf schon in kurzer Zeit als absolut tödlich. Auch bei trockner Hitze von 60° sterben die Eier in $^3/_4$—1 Stunde. Seidene Unterkleider verleiden durch ihre Glätte den Läusen oft den Aufenthalt. Kurt Wiener (Breslau).



Oppenheim, M. Die Krätzeplage und ihre Bekämpfung. Wien. med. Wochenschr. 1918. Nr. 15.

Oppenheim plädiert für die allgemeine Einführung der Schnellkur der Krätze mit Schmierseife und Hardyscher Salbe (Sulfur praecip. 25,00 Calc. carbon. 10,00 Vaselini flav. 125,00) und Einrichtung von Schnellkuranstalten, in welchen die Krätzekur in 3 Stunden absolviert wird. Viktor Bandler (Prag).

v. Cube. Über unsere Erfahrungen mit Ristin bei Krätze. Med. Klin. 1919. Nr. 10. p. 213.

v. Cube bemerkt auf Grund großer Erfahrungen, daß das Ristin ein prompt wirkendes reiz- und geruchloses Krätzemittel ist, welches einen vollwertigen Ersatz für die ausländischen Präparate Perubalsam und Styrax darstellt und die Wäsche nicht schädigt. Es kam in folgenden Zusammensetzungen zur Anwendung: 1. Ristin 250,0, Glycerin 125,0, Spirit. vini 625,0 — 2. Ristin 250,0, Perkaglycerin 250,0, spirit. vini 500,0 — 3. Ristin 250,0, Lanepsöl 175,0, Alkohol 625,0. Die Krätzereizungen behandelt der Verf. mit folgender Zinkpinselung: Acidi borici pulv. 30,0, Zinci oxydati, Talci āā 820,0, Perkaglycerin 600,0, Liquor aluminii acet. 300,0, Spirit. dilut (30%) 750,0.
Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Greif. Behandlung der Scabies mit Scaben. Med. Klin. 1918. Nr. 10. p. 242.

Greif empfiehlt für die Krätzebehandlung das Scaben. Das Präparat enthält Bestandteile des Perubalsams, der Benzoe- und Salicylsäure. Die Kur wird mit einem länger dauerndem warmen Bad eingeleitet, dann erfolgt eine einhalbstündige intensive Einreibung.
Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Rheins. Über Behandlung der ulcerösen Scabies. Med. Klin. 1918. Nr. 18. p. 448.

Rheins empfiehlt bei Scabies mit pyogenen Komplikationen: Terebinthinae 1,0 auf 50,0 Ungt. hydrargyri oxydati rubri, zweimal täglich einzureiben. Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Schäfer, Friedrich. Über Ecrasol Schürholz, ein neues Krätzeheilmittel. Therap. Monatshefte 1919. Heft 12. p. 479.

Schäfer empfiehlt Ecrasol, eine flüssige Styraxseife von J. Schürholz, Köln a. Rhein gegen Krätze. Vorzüge des Ecrasols nach Schäfer: Billigkeit, Geruchlosigkeit, Farblosigkeit, Wasserlöslichkeit, Abwaschbarkeit, kein Beschmutzen der Wäsche.
Hans Martenstein (Breslau).

Genck. Die Erkennung der Krätzemilben durch das Hautmikroskop. Dtsch. med. Wochenschr. 1919. Nr. 40.

Zur Untersuchung auf Scabies verdächtiger Haut läßt Verf. Arm und Hand auf den Objekttisch eines gewöhnlichen Mikroskops legen. Bei Lokalisation auf Rumpf und Extremitäten wird der Weißsche Apparat verwendet oder ein aus dem Mikroskop entnommener



Tubus mit Klammern an einem Laboratoriumsstativ befestigt. Die zu untersuchende Hautstelle wird erhellt durch einen Tropfen Zedernöl und in den Lichtkegel einer elektrischen Bogenlampe, Taschenlampe oder Sonnenlicht gebracht. Mit dieser Methode wurden in den roten Knötchen die Milben als gelbliche nagelgroße, ovale Gebilde und nahe denselben schwärzliche Kotballen, beide in entzündlicher Umgebung gefunden. Der Untergrund erschien dunkelrot. Auch bei starken Kratzeffekten ließ sich immer noch ein Teil eines mit Kotballen gefüllten Ganges auffinden, selbst wenn die Milbe selbst durch Schorf verdeckt oder durch Kratzen entfernt war. Die Abbildung eines Milbenganges veranschaulicht das mikroskopische Bild.

Max Joseph (Berlin).

Reif. Das Vorkommen der Pferderäude beim Menschen und ihre Bekämpfung bei der Truppe. Med. Klin. 1917. Nr. 27. p. 738.

Unter Hinweis auf die Arbeit von Schäffer berichtet Reif über seine eigenen Beobachtungen. Als Prädilektionssitz ist die Rückenhaut über und zwischen den Schulterblättern anzusehen, da den Mannschaften beim Putzen in gebückter Stellung die Haare und Hautschuppen in die Kragenöffnung fielen. Die Hände wurden nur sehr wenig oder gar nicht befallen. Milbengänge wurden stets vermißt, auch Milben nicht gefunden. Zur Behandlung hat sich das Perugen als schnell und sicher wirkendes Mittel bewährt. Einreibungen mit $2^1/_2$ proz. Kresolseifenlösung zeigte sich als Notbehelf nächstdem am besten wirksam. Die Desinfektion der Kleider, Decken, Woilachs ist nicht zu versäumen. Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Fülleborn, F. Über Larbisch und Wolossjatik (Hautmaulwurf). Arch. f. Schiffs- und Tropenhyg. 1919. p. 259.

Der Wolossjatik (Hautmaulwurf) wird durch in der Entwicklung zurückbleibende Gastrophiluslarven hervorgerufen, die innerhalb des Hautepithels, oft in der Hornschicht wandern. Da die oberflächlichste Hautabschürfung zum Eindringen der Larven genügen würde, ist die Frage, ob eine Infektion bei intakter Hornschicht möglich ist, praktisch ohne Belang. Ob das Krankheitsbild des Hautmaulwurfs nicht auch durch andere Parasiten erzeugt werden kann, ist nicht zu entscheiden. Greeping disease ist nicht immer mit Wolossjatik identisch, vor allem ist die durch Hypodermalarven erzeugte Haut- bzw. Unterhautzellgewebskrankheit scharf abzutrennen. Ferner kommt Fülleborn zu der Schlußfolgerung, daß der westafrikanische Larbisch s. Oerbiss, dessen Krankheitsbild dem des Hautmaulwurfs vollkommen gleicht, im Gegensatz zu der Auffassung Roubauds, der die Larbischfälle als chronische, nicht parasitäre Entzündung oberflächlicher Hautgefäße ansieht, parasitären Ursprungs ist, und sehr wahrscheinlich ebenfalls durch eine Gastrophiluslarve hervorgerufen wird.

Martenstein (Breslau).

Lehmann. Ein Fall von Orientbeulen (Bagdad- oder Aleppobeulen). Münch. med. Wochenschr. 1918. Nr. 9. S. 243.

Mitteilung eines diesbezüglichen Falles. Eklatanter Erfolg bei Behandlung mit Neosalvarsan. Alfred Perutz (Berlin).

Schilling, V. Zur Biologie der Kleiderlaus. Münch. med. Wochenschr. 1916. Nr. 32. Feldärztl. Beil. Nr. 32. p. 524.

Nach angestellten Beobachtungen erscheint die Möglichkeit von Windübertragung der Läuse (Flecktyphus!) außer Frage.
Alfred Perutz (Wien).

Galli-Valerio. Neue Beiträge zur Biologie und zur Bekämpfung der Läuse. Korrespondenzbl. f. Schweiz. Ärzte 1918. Nr. 40. p. 1341.

Verf. hat verschiedene Versuche mit Pediculi gemacht und folgende Tatsachen konstatiert:

Läusestiche erzeugen eine lokale Immunität, so daß die Stiche nach einiger Zeit nicht mehr wahrgenommen werden. Die Immunität erlischt aber bald wieder. Etwa auf der Haut vorhandene Mikroorganismen werden kaum durch die Läuse in die Haut eingeimpft. Eiterungen bei Pediculosis scheinen also mehr durch sekundäre Infektion — Kratzen — erzeugt zu werden. Hunger wird von den Pediculi besser bei niedrigen als bei höhern Temperaturen vertragen. Kleiderläuse können die Eier auch auf Haare deponieren, Kopfläuse auf Stoffasern. Beide Formen zeigen positive Thermotaxis und wandern rascher bei höhern Temperaturen als bei niedrigen. Gegen Dämpfe einiger Chemikalien — Naphthalin, Campher, Piper usw. — sind die Läuse sehr empfindlich. Bei den Pediculi aus Lausanne konnten nie der Rickettsia Prowazeki ähnliche Körperchen gefunden werden. Max Winkler (Luzern).

Versluys, J. (Gießen). Über die Verbreitung von Seuchen durch Insekten im Kriege. Zentralbl. f. d. ges. inn. Med. 1915, Jahrg. 36. p. 17.

Der Verf. (Zoologe in Gießen) erörtert die Rolle, welche Fliegen, Läuse, Wanzen, Flöhe und Zecken bei der Übertragung von Krankheiten spielen, ihre Lebensbedingungen und die Mittel zu ihrer Bekämpfung. P.

Bail und *Cancik*. Ungezieferbekämpfung mit Blausäuredämpfen. Centralbl. f. Bakt. u. Parasitenk. I. Bd. LXXXI. p. 109.

Die Blausäuredämpfe sind besonders durch ihre Unschädlichkeit für alle im Zimmer befindlichen Gegenstände und durch ihre intensive Wirkung auch auf die Eier des Ungeziefers zur Raumdesinfektion bei Einhaltung entsprechender Vorsichtsmaßregeln geeignet. Details im Original. Walter Pick (Wien).

Bürger, Leopold. Tödliche Vergiftung nach Behandlung der kindlichen Krätze mit β-Naphthol nebst Ausfüh-



rungen über das Wesen der Naphtholvergiftung. Berliner klin. Wochenschr. 1918. Nr. 43. p. 1025.

Vier Geschwister von 10, 7, 5 und 3 Jahren wurden wegen Krätze mit folgender Salbe eingerieben: Naphthol, Sap. viris., Spirit. aa 30,0, Ung. ventr. ad 200,0. Einmalige Einreibung vom Kopf bis zum Fuß nach heißem Bad; danach Bettruhe. Bald darauf bekamen das 3- und 5jährige Kind Erbrechen, das 7jährige Durst und Leibschmerzen, Blutausfluß aus der Nase und Blutbrechen, ferner am Körper zahlreiche Blutunterlaufungen und Blutharn. Bald darauf trotz Reizmittel Tod. Das 3jährige Kind bekam Nierenentzündung, das 5- und 10jährige blieben, abgesehen von dem Erbrechen, gesund. Auch in der Literatur ist eine Reihe von Fällen angeführt, die Reizungen des Nervensystems — Unruhe, Erbrechen, Delirien, Krämpfe — späterhin Lähmungen, Somnolenz und Tod im Koma aufwiesen. Ferner Schädigungen der Netzhaut und Linse, sowie der Harnwege und Blutungen in die Haut oder aus den Kratzwunden. Gegen die Annahme, daß die Nervenerscheinungen auf Urämie beruhen, spricht die Tatsache, daß sie auch ohne Nierenschädigung vorkamen. Also beweist normaler Urin nicht die Unschädlichkeit des Mittels, obwohl in vielen gebräuchlichen Nachschlage- und Verordnungsbüchern ein Hinweis darauf fehlt. Krakauer (Breslau).

Bernstorff. Über Krätze in der Türkei während des Krieges. Münch. med. Wochenschr. 1917. Nr. 50. p. 1606.

Nichts Nennenswertes. Alfred Perutz (Wien).

Schmincke. Die Behandlung der Krätze durch das Schwefelbad. Münch. med. Wochenschr. 1917. Nr. 9. Feldärztl. Beil. p. 139.

Als Scabiestherapie wird die Behandlung mittels frisch bereitetem Schwefelbad nach Vlemingk empfohlen.

Alfred Perutz (Wien).

Glück, A. Die Schnellbehandlung der Krätze. Wiener klin. Wochenschr. 1916. Nr. 26.

Nach halbstündiger Einreibung mit grüner Seife kommt der Patient für eine halbe Stunde in ein warmes Schwefelvollbad, abgetrocknet und mit einer 20 proz. Schwefellanolinvaseline eingerieben. Die Salbe verbleibt am Körper 24 Stunden und wird im Bade entfernt. Viktor Bandler (Prag).

Scherber, G. Die Behandlung der Scabies mit Erdöl aus Kleczany. Wiener klin. Wochenschr. 1917. Nr. 27.

Das Erdöl aus Kleczany ist ein rasch in die oberflächlichen Hautschichten eindringendes, die Scabiesmilben sicher abtötendes Mittel.

Die Behandlung wird in der Weise durchgeführt, daß der Körper innerhalb eines Tages 3—4 mal mit dem Öl überstrichen wird, wobei die Prädilektionsstellen besonders berücksichtigt werden. Nächsten Tag Bad, Wäschewechsel, Pasta Lassari. Das Erdöl ist feuergefährlich. Viktor Bandler (Prag).



Pilzer. Über Scabies und deren Behandlung mit Erdöl (Kleczany). Wiener klin. Wochenschr. 1917. Nr. 27.

Pilzer empfiehlt das Erdöl als ein wirksames, billiges und reizloses Mittel gegen Krätze; er wendet es 3 Tage hintereinander an, dann 2 Tage Pause, dann Seifenbad. Viktor Bandler (Prag).

Glaserfeld, Bruno. Pferderäude beim Menschen. Berliner klin. Wochenschr. Nr. 19. p. 499.

Beobachtungen an 60 erkrankten Pferdepflegern. Milbengänge fehlten stets. Niemals Alb. Lieblingslokalisationen waren nie festzustellen; Kopf und Gesicht blieben stets frei. Die Infektion geht vom Pferde zunächst auf Finger und Nägel und durch Kratzen dann weiter. Die Lokalisationen richten sich dann nach Verhalten und Lebensgewohnheiten (Zugänglichkeit der Körperstellen nach der Kleidung) der Befallenen. So wurden die Frauen meist beim Beischlaf angesteckt und wiesen ihre Herde an Brust und Bauch auf; demnächst an den Beinen, die bei der losen Kleidung den kratzenden Fingern leicht erreichbar waren. An den Frauen steckten sich die jüngeren Kinder, die von der Mutter besorgt werden mußten, an; die 10—15jährigen blieben frei.

Die Prognose richtet sich nach dem Zeitpunkt des Behandlungsbeginnes. Am besten bewährte sich Wilkinsonsche Salbe; 3 Tage hintereinander morgens und abends Einreibung; dann, da keine Bademöglichkeit vorhanden war, Ganzwaschung mit Seifenwasser und reine Wäsche. In schweren Fällen 2 Kuren oder hinterher Schwefelsalbe. Krakauer (Breslau).

Pick, W. Über Pferderäude beim Menschen. Wiener klin. Wochenschr. 1917. Nr. 27.

Unter 1500 Mann fand Pick 485, welche Symptome überstandener oder bestehender Räude zeigten, in allen Fällen handelte es sich um Sarkoptesräude. Die Räude lokalisiert sich mit Vorliebe an der Schnürfurche der Kleider am Stamm, die übrigen Prädilektionsstellen der Scabies sind bei der Räude stets frei, an den Extremitäten werden die Beugeseiten bevorzugt. Unter den Symptomen tritt der Juckreiz, sowie die disseminierten kleinen, spitzen Knötchen hervor. Die Kranken zeigen auch stets das Symptom der Urticaria factitia, die aufgekratzten Knötchen sind stets von einer Quaddel umgeben. Nach Abklingen der Quaddeln bildet sich an deren Stelle eine bräunliche Pigmentation; die Pigmentationen an den Seitenteilen des Stammes bilden ein wichtiges differentialdiagnostisches Moment gegenüber Scabies und lassen die überstandene Räude noch deutlich erkennen. Die bei Scabies die Regel bildende Kombination mit Ekzem und Impetigo ist der Räude fremd. Die Inkubationszeit der Räude beim Menschen ist eine ganz kurze. Neukommandierte Pferdewärter zeigen bereits am 2. oder 3. Tage die Symptome. Pick ist es in 3 Fällen gelungen, die Milbe beim Menschen zu finden, es waren frische urticarielle Fälle, in einem Falle fand Pick außer



einem trächtigen Weibchen 2 freie Eier. Die Vermehrung des Parasiten in der Haut des Menschen ist keine unbeschränkte, denn es zeigte sich, daß auch ohne Behandlung eine rasche Abnahme des Juckreizes und eine Spontanheilung in 1—3 Wochen erfolgte. Die Prophylaxe besteht darin, daß die Mannschaft vor Verlassen des Stalles sich bei entblößtem Oberkörper mit einer Karbolineum-Seifenlösung abwäscht. Die Behandlung ist wie bei der Scabies, Schwefelpräparate und Petroleum (Rohöl). Viktor Bandler (Prag).

Charges. Die Therapie der Bartflechte. Therap. d. Gegenw. 1918. p. 122.

Nichts. neues. Walter Pick (Wien).

Meyer, F. M. Wie soll die Bartflechte behandelt werden? Therap. d. Gegenw. 1918. p. 150.

Meyer empfiehlt für die Sycosis simplex und parasitaria die Klingmüllerschen Terpentinölinjektionen in Kombination mit Röntgenbehandlung. Walter Pick (Wien).

Müller, E. F. Zur Pathologie und Therapie der Bartflechte. Therap. d. Gegenw. 1918. p. 202.

Müller hat mit Injektionen eines aus Kuhmilch hergestellten, von allen schädlichen Nebenbestandteilen freien Präparates, Aolan, das später in haltbarer Form durch die Firma Beiersdorf in den Handel kommen soll, bei der tiefen Trichophytie gute Resultate erzielt. Es wurden 8—10 ccm injiziert. Walter Pick (Wien).

Lehmann, W. Zur Frage der Bartflechte. Deutsche med. Wochenschr. 1918. Nr. 17.

Entgegen den Beobachtungen von Plaut stellt Lehmann fest, daß auch in der Kopfhaut bei den heutigen Trichophytieerkrankungen häufig Trichophytiepilze gefunden wurden. Die Kopfhaut erkrankte in drei Formen: Oberflächliche, runde, schuppende Stellen, follikuläre Knötchen und kleine Abscesse und Impetigo mit Entzündung und gelben Borken. Die klinisch leicht mit Ekzem, Favus, Lupus erythemat. usw. zu verwechselnden Krankheitsbilder erwiesen sich erst unter mikroskopischer Untersuchung als Trichophytien. In gleicher Weise verneint Lehmann das von Plaut behauptete Verschontbleiben des Schnurrbarts. Auch therapeutisch verwirft er das von jenem verlangte Rasieren bei Bartflechte. Vielmehr müßten zur Entfernung der Pilze die erkrankten Haare epiliert und danach dünner Jodspiritus, oder schwache Schwefelsalbe appliziert werden. Daß die enge Belegung der Massenquartiere augenblicklich die Verbreitung der Trichophytie begünstigt, liegt auf der Hand.

Max Joseph (Berlin).

Plaut. Bemerkungen zur Lehmannschen Arbeit. Deutsche med. Wochenschr. 1918. Nr. 17.

Den Lehmannschen Einwendungen gegenüber betont Plaut, daß sein Krankenmaterial seit 1892 gesammelt sei und in diesen 26 Jahren sich nur eine trichophytöse Kopferkrankung bei einem



ganz verwahrlosten Manne gefunden habe. Der mikroskopische Befund der Haare könne so leicht täuschen, daß nur eine kulturelle Feststellung der Erreger maßgebend sei. Das gleiche gilt von den Schnurrbarttrichophytien, die ihm nie zur Betrachtung kamen. Vielmehr schnitt selbst in schweren Fällen die Krankheit an den Mundwinkeln ab. Was die Übertragung der Pilze beim Rasieren betrifft, so hält Verf. dieselbe in einem guten Lazarett für unmöglich. In der Kampfzone aber sei das Rasieren nicht zu umgehen, da ein Backenbart das luftdichte Abschließen der Gasmaske hindert. Verf. gibt gern zu, daß das Kriegsleben die Disposition für Trichophytien vermehre. Max Joseph (Berlin).

Kister, J. und *Delbanco*. Zur Frage der Verbreitung der Trichophytie. Dtsch. med. Wochenschr. Nr. 25. 1918.

Mittels eines Nährbodens von Hefeextrakt-Hefepeptonagar konnten Kister und Delbanco in Kulturversuchen feststellen, daß an Papiergeld Trichophytiepilze hafteten. Die lange Virulenz dieser Pilze läßt eine Übertragung der Trichophytie durch diese Infektionsquelle glaubhaft erscheinen. Verff. halten es für nötig, das Publikum hierüber zu belehren und raten, beschmutzte Scheine aus dem Verkehr zu nehmen, sowie an den öffentlichen Kassen stets den Umtausch vielgebrauchter Scheine gegen neue saubere zu gestatten. Max Joseph (Berlin).

Arning, Ed. Die Behandlung der Trichophytia barbae mittels Karbolsäureätzungen. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 25. 1918.

Als Vorbehandlung ließ Arning die kranke Haut austrocknen, verbot Waschen und Rasieren, ließ das Barthaar 1 cm lang gestutzt halten. Dann wurden sämtliche tiefe Infiltrate zur weiteren Austrocknung mit 2proz. Salicylspiritus getupft, hierauf mit Acid. carbol. pur. liquefact. geätzt. Tiefe Eiter- und Erweichungsherde wurden mit dem Paquelinbrenner punktiert. Mit dieser Methode konnte die Spannung beseitigt, die Trichophytie eingeschränkt und zur Schrumpfung gebracht werden. Die Ätzborke fällt in 8—12 Tagen ab. Hinterläßt sie eine hellrote, glatte, nicht erhabene Fläche, so ist die Behandlung beendet. Bei noch vorhandener Infiltration wird ein zweites Mal geätzt. Bei Mischinfektionen von Trichophytie und einer impetiginösen Staphylokokken- und Streptokokkenpyodermie wurde neben der Karbolsäure ein Firnisanstrich von Anthrarobin, Tumenol und Benzoetinktur verwendet. Wurden hiernach die Borken zu stark, so wurden sie mittels Salicylvaseline aufgeweicht. Verf. sah von seiner Methode in 500 Fällen ausgezeichnete Erfolge.
Max Joseph (Berlin).

Sachs. Zur Trockenbehandlung der Trichophytia profunda mit der fettlosen Salbe Lotional. Berliner klin. Wochenschr. 1918. Nr. 32. p. 761.

Durch Verreiben von Zinkoxyd mit essigsaurer Tonerde ent-



steht eine Pasta Lotionalum rudum, welches kleinste Körnchen enthält und daher pharmazeutische Mängel aufweist. Dieser Nachteil ist durch Ausfällung des Aluminiumhydroxyds mit Alkalicarbonat vermieden und es entsteht das rein weiße, leicht einreibbare, feine Lotional. pur. Mit 10% Zusatz von Sulf. praec. bewährte es sich bei ca. 100 tiefen Trichophyt, nach Epilation als Einreibung; darüber Umschläge mit heißer 3proz. Tonerde; doch kann man letztere entbehren. Oder auch einfache Lotionalumschläge, die auch bei ausgedehnter Knotenbildung gut resorbierend wirken. Durchschnittliche Krankenhausbehandlung 37 Tage; ambulant dauert es länger.

Lotional wirkt auch juckstillend; erforderlich ist energische Einreibung.

Bei Bartflechte erwies sich auch Opsonogen, allein oder in Verbindung mit Trichophytin intracutan, günstig. Krakauer (Breslau).

Schmidt, M. E. Über neuere Behandlungsmethoden der Bartflechte. Berliner klin. Wochenschr. 1919. Nr. 3. p. 59.

Bei der Sykos. parasit. superfic. werden 2 Formen unterschieden: 1. die ringförmige hochrote, 2. die nicht entzündliche rote, stark schuppende mit unscharf abgesetzten, wie bestaubt aussehenden Krankheitsherden. Auch die tiefe Form tritt in 2 Abarten auf: 1. die furunkuloide Form, 2. diejenige mit harten, kleinen, torpiden, sehr resistenten Knoten. Je schlimmer eine Bartflechte aussieht (d. h. je entzündlicher sie ist), desto leichter heilt sie. Ob es sich bei den verschiedenen Arten um verschiedene Pilzformen handelt, mag dahingestellt bleiben.

Die Klingmüllersche Terpentinbehandlung blieb bei 8 oberflächlichen und 6 tiefen Bartflechten erfolglos. Silberstein empfahl Ätzen mit feuchtem Höllensteinstift, darüber Schwefelzinkpastenverband, bis sich die schwarzen Schorfe lösen. Die Methode war z. T. erfolgreich, z. T. hatte sie Versager; außerdem ist sie schmerzhaft. Das gleiche gilt für Arnings Karbolsäureverfahren und für die Jodtinkturpinselungen. Am besten ist die Röntgenepilation. Nur bei oberflächlichen Ringformen genügt die Jod- oder Karbolpinselung. Krakauer (Breslau).

Fabry. Über Erosio interdigitalis blastomycetica seu saccharomycetica. Münch. med. Wochenschr. 1917. Nr. 48. p. 1557.

Ätiologisch kommt Hefe in Frage, mithin liegt eine Blastomykose im weiteren, eine Saccharomykose im engeren Sinne vor.

Alfred Perutz (Wien).

Galewsky. Über das gehäufte Auftreten von Eccema marginatum (Epidermophytie) in Lazaretten und bei der Truppe. Münch. med. Wochenschr. 1917. Nr. 14. Feldärztl. Beil. p. 216.

Galewsky konstatiert das gehäufte Auftreten von Ekzema marginatum und empfiehlt therapeutisch Jodtinktur, Anthrarobin



in Form der Arningschen Trockenpinselung oder Chrysarobin resp. Cignolin Traumaticin. Alfred Perutz (Wien).

Schellenberg. Über das gehäufte Auftreten von Eccema marginatum (Epidermidophytie) in Lazaretten und bei der Truppe. Münch. med. Wochenschr. 1917. Feldärztl. Beil. p. 334.

Empfehlung der Behandlung mittels künstlicher Höhensonne. Alfred Perutz (Wien).

Verschiedene Dermatosen.

Lorenzen, H. Ein Fall von Maceration des lebenden Kindes. Centralbl. f. Gynäkol. 1920. Heft 5. p. 127.

Das erstgeborene Kind von 3210 g Gewicht und 53 cm Länge macht den Eindruck, als sei es vollständig maceriert. Die Maceration erstreckt sich jedoch nur auf die obersten Epithelschichten; überall hängt die Epidermis in großen Fetzen herab, besonders am Rücken, den Palmae und Plantae. An der Brust, den Extremitäten, im Gesichte und auf dem Kopfe ist die Abhebung in kleinen Stücken erfolgt. Finger und Zehen stecken in Epithelröhrchen. Das Corium liegt nicht frei, sondern ist mit einer ganz zarten Schicht neugebildeten Epithels überzogen. Am siebenten Tage post partum ist die Haut des Kindes vollkommen glatt. Als Ursache wird im vorliegenden Falle mit größter Wahrscheinlichkeit die Einwirkung von Gallenseifen, des mit Meconium vermischten Fruchtwassers angesehen; dem Sprachgebrauche der alten Dermatologie entsprechend bezeichnet Verf. das Zustandsbild als „traumatischen" Pemphigus.
Martin Friedmann (Breslau).

Meyer-Ruegg. Maceration des lebenden Kindes. Centralbl. f. Gynäkol. 1920. Heft 17. p. 433.

Analogiefall zu dem Lorenzens. Es handelt sich um ein erstgeborenes 3780 g schweres und 53 cm langes Kind, an dessen ganzem Körper sich die Epidermis in größeren, bis zu 4 cm langen und ebenso breiten Fetzen abschälte. Die Hände sahen aus wie die der Wäscherinnen. Unter der abgeschälten Haut kam eine neugebildete, durchaus normale Epidermis zum Vorschein. Vernix caseosa fehlte vollständig. Histologisch zeigten die Fetzen Fetttröpfchen, doch kaum Konturen von Plattenepithelien, Heilung in 4 Tagen. Die Ätiologie war auch hier die Einwirkung des stark meconiumhaltigen Fruchtwassers auf die Haut. Martin Friedmann (Breslau).

Brauns, H. Ein Fall von Desquamatio lamellosa beim Neugeborenen. Centralbl. f. Gynäkol. 1920. Heft 17. p. 435.

Im vorliegenden Falle hängt die Epidermis des ganzen Körpers in großen Lamellen von grau-weißer Farbe herab; sie sind ziemlich dick und fühlen sich fettig an; die darunterliegende Haut ist nicht entzündlich gerötet und näßt nicht. Exitus nach einigen Stunden.



Verf. wendet sich gegen die Auffassung Lorenzens, der die Affektion für Maceration oder „traumatischen“ Pemphigus durch meconiumhaltiges Fruchtwasser hält. Verf. glaubt eher an eine Desquamatio der Haut, die entgegen der physiologischen in zusammenhängender Schicht erfolgt: also Desquamatio lamellosa und nicht Maceration. Als besondere Form ersterer ist die Vernix caseosa pellicularis anzusehen. Martin Friedmann (Breslau).

Meyer, L. F. Idiopathische Ödeme im Säuglingsalter. Ergebnisse f. inn. Med. u. Kinderheilk. 1919. p. 562.

Zu kurzem Referat nicht geeignet. L. Kleeberg (Breslau).

Pfaundler, M., und L. *v. Seht.* Zur Systematik der Blutungsübel im Kindesalter. Zeitschr. f. Kinderheilk. 1919. Bd. XIX.

Ausgehend von der Glanzmannschen Einteilung der Purpura im Kindesalter kommen Verff. zu folgenden 3 Gruppen:

Eine erste charakterisiert durch den Zusammenhang des Blutungsübel mit einer Blutkrankheit (Anämien, Leukämien, Störungen von Blutbildung oder Blutabbau). Diese Gruppe kann als der Werlhofsche Typus: thromboplenische Form bezeichnet werden.

Eine zweite charakterisiert durch den Zusammenhang mit akuten oder chronischen Infektionskrankheiten. Hierunter finden sich sowohl die Werlhofsche als auch die Schönlein-Henochsche Form. Nach Ausscheidung dieser Formen bleibt eine Gruppe von embolischem, thrombolischem, mikotischem, entzündlichem oder degenerativem Entstehen. Verff. bezeichnen sie als plurifokal-infektiös.

Eine dritte Gruppe läßt Beziehungen des Blutungsübels zu markanten anderen Erkrankungen vermissen. Sie gehört zum Schönlein-Henochschen Typus der hämorrhagischen Diathese.

Pathogenetisch handelt es sich beim Werlhofschen Typus um eine Schädigung des Thrombocytensystems verschiedenster Ätiologie, beim Schönlein-Henochschen Typus um rein vasculäre Schädigungen unbekannter Ätiologie.

Ein vierter nicht ausführlich behandelter Typus gehört in die Reihe des Skorbut und der Barlowschen Krankheit. Therapeutisch nichts Neues. Martin Friedmann (Breslau).

Brandt, Hedwig. Blutuntersuchungen bei Barlowscher Krankheit. Arch. f. Kinderheilk. 1919. Bd. LXVII. p. 395.

Die Blutuntersuchungen wurden bei 7 Kindern sowohl beim akuten Beginn als auch im Verlaufe der Erkrankung angestellt. Der Hb-Gehalt war normal — 60—80% Sahli als Normalwert angenommen. — Die Leukocyten ergaben, abgesehen von 2 Fällen mit Vermehrung (16—18 000), normale Durchschnittswerte. Die prozentuale Beteiligung der einzelnen Formen war normal, ebenso der Retraktionsprozeß der Gerinnsel. Gegenüber den physiologischen Zuständen waren abweichend:



1. die zum Teil starke Vermehrung der roten Blutkörperchen,
2. die erhebliche Vermehrung der Blutplättchen,
3. die fast ausnahmslos verzögerte Blutgerinnung,
4. das meist etwas verspätete Eintreten der Hämolyse.

Mit der chronisch-intermittierenden Form der anaphylaktoiden Purpura und der Hämophilie bestehen gewisse Übereinstimmungen (2 und 3). Der abnorme Blutbefund hält noch Wochen und Monate nach der klinischen Heilung an. Martin Friedmann (Breslau).

Ylppö, Arvo. Pathologisch-anatomische Studien bei Frühgeburten. (Aus dem Kaiserin Augusta-Viktoria-Haus Charlottenburg.) Zeitschr. f. Kinderheilk. 1919. Bd. XX. p. 220.

Frühgeburten neigen stark zu Hautblutungen bis zu Beginn der dritten Woche. Die Hautblutungen können ihre Ursachen haben: 1. intrauterin, selbst bei Kaiserschnitten werden Petechien festgestellt, 2. im Anschluß an asphyktische Anfälle, 3. selbst infolge leichter Stauung durch die Kleidung. Leichtes Zubinden des Jäckchens kann zu Ödemen und Ekchymosen führen. 4. durch Kneifen oder Aufsetzen der Saugglocke. Ein stark positiver Ausfall der Kneifprobe ist prognostisch äußerst ungünstig (Exitus innerhalb von 24 Stunden). Die Blutungen können sowohl durch Rhexis als auch durch Diapedesis zustande kommen; die außerordentlich leichte Zerreißbarkeit der Haut und der Gefäße hängt vielleicht mit dem Fehlen der elastischen Fasern bei Frühgeborenen zusammen. Im Gegensatze zum Erwachsenen finden sich die stärksten Blutaustritte nicht in der Pars papillaris, sondern in der Subcutis.

Martin Friedmann (Breslau).

Tobler, W. Der Skorbut im Kindesalter. Zeitschr. f. Kinderheilk. 1918. Bd. XVIII. p. 63.

Tobler kommt in seiner umfangreichen und interessanten Arbeit zu folgendem Ergebnis:

1. Gestützt auf Beobachtungen an über 200 skorbutischen Kindern im Alter von 2—15 Jahren führt er das Bild des infantilen Skorbuts wieder in die Pathologie des Kindesalters ein.

2. Die Kluft, die zwischen der Möller-Barlowschen Krankheit und dem klassigen Skorbut der Erwachsenen wegen des bisherigen fast vollständigen Fehlens von Skorbutbeobachtungen bei Kindern im Spielalter bestanden hat, wird dadurch ausgefüllt.

3. Das klinische Bild des infantilen Skorbutes zeigt alle Übergänge von demjenigen der Barlowschen Krankheit in das des Skorbutes der Erwachsenen. Tobler läßt jede prinzipielle Unterscheidung von Barlowscher Krankheit und Skorbut fallen.

4. Als charakterisierende Skorbutursache sind in allen Fällen nur Ernährungsfehler in Betracht gekommen. Der Skorbut kann auch unter sonst denkbar günstigen Lebens- und Ernährungsbedingungen ausbrechen, wenn die gereichte Nahrung während längerer Zeit durch



chemische oder physikalische Prozesse bestimmte, aber heute in ihrem Wesen noch nicht erfaßte Umänderung erfahren hat.

5. Als prophylaktisches und therapeutisches Mittel gegen den Skorbut möchte er neben den allgemein bekannten Antiscorbuticis besonders Coniferennadeln erwähnen, aus denen sich jederzeit gut und kostenlos ein kräftig antiskorbutisch wirkender Tee bereiten läßt.

Martin Friedmann (Breslau).

Bierich. Über Skorbut. Dtsch. Arch. f. klin. Med. Bd. CXXX. Heft 3/4.

Enquête durch Fragebogen auf einer russischen Roten-Kreuzstation aus dem Jahr 1916/17. 1343 Fälle. 16% waren zum zweiten Male, 5% zum dritten Male erkrankt. Es bestand reichliche Ernährung aber mit wenig frischem Gemüse, ausreichend gute Unterbringung, doch eine besonders bei den Slaven hervortretende durch die Kriegsverhältnisse bedingte seelische Depression. Die Erkrankungen traten meist im Januar oder Februar auf, begannen mit allgemeiner Schwäche, perifollikulären Petechien, Unterschenkelödemen. Der Stauungsversuch war bald positiv. Nach etwa 2 Wochen Gingivaschwellungen, Schleimhaut- und Retinalblutungen, Blutungen in die Knochen-Knorpelgrenze der Rippen, später in hochgradigen Fällen Kontinuitätstrennungen von Epi- und Diaphyse. Die Gingiva ist besonders um kariöse Zähne herum ergriffen und heilt nach Zahnextraktion oft spontan. Bei Rekonvalesezenz rasch Rückgang der Erscheinungen. In den ödematösen Teilen bleiben manchmal „sklerodermieartige" Schwellungen zurück. Medikamentöse Behandlung fast wertlos, diätetische mit Gemüsen oft zauberhaft, ganz besonders aber in Verbindung mit psychischer Beeinflussung. Der Skorbut kommt zustande besonders bei bestimmten Rassen, psychische Depression und denaturierte Nahrung wichtige Bedingung. Primär Capillarschädigung durch Fehlen eines N-haltigen Zellbausteins, sekundär Schädigung der blutbereitenden Organe.

Kurt Wiener (Breslau).

Klinger. Zur Entstehung der hämorrhagischen Diathesen. Dtsch. Arch. f. klin. Med. Bd. CXXX. Heft 1/2. p. 127.

Die Blutaustritte kommen durch ein zu starkes Durchlässigwerden der Endothelzwischenräume der Capillaren zustande, nicht durch Fehlen der Blutplättchen. Der Parallelismus zwischen hämorrhagischer Diathese und Thrombopenie beruht vielleicht auf der gleichen schädigenden Ursache, die sowohl Gefäßwandzellen wie Blutplättchen angreift. Kurt Wiener (Breslau).

Henke, F. Über Blutungen, insbesondere Mundschleimhautblutungen und Veränderungen bei Erkrankungen mit hämorrhagischer Diathese, zugleich ein Beitrag zu dem Kapitel: Lokale Spirochätosen. Arch. f. Laryngol. u. Rhinol. 1919. Bd. XXXII. Heft 1.

Über hämorrhagische Diathesen im allgemeinen und ihre Ur-



sachen. Verf. unterscheidet zwei Gruppen von Schleimhautblutungen: 1. solche ohne makroskopisch sichtbare krankhafte Veränderung der Schleimhaut, 2. solche, bei denen krankhafte Schleimhautveränderungen die Ursache der Blutung sind. Bei ersteren treten schubweise ganz plötzlich gleichzeitig mit petechialen Hautblutungen Schleimhautblutungen aus Mund und Nase auf, die oft nur sehr schwer zu stillen sind (Purpura haemorrhagica). Bei der zweiten Gruppe, deren Hauptvertreter der Skorbut ist, sind die Blutungen immer die Folge einer ulcerösen, gangränescierenden Gingivitis, die auch in gewissem Grade infektiös ist. In allen diesen Fällen fand man massenhaft Spirochäten und fusiforme Bacillen, durch Salvarsanpräparate wurden sie günstig beeinflußt. Es ist daher anzunehmen, daß die ulceröse Gingivitis und Stomatitis, wie sie im Verlauf der verschiedensten Krankheiten auftreten, ihre gemeinsame Ursache in einer Spirochäteninfektion haben. Marie Wiener (Breslau).

Feig, S. Beobachtungen über Skorbut im Felde. Med. Klin. 1917. Nr. 31. p. 837.

Feig konnte beobachten, wie die längere Spitalkost (einige Wochen dieser Diät schienen ohne Belang zu sein) zum Auftreten des Skorbuts führte. Als erstes Symptom treten ziehende und reißende Schmerzen in den Unterschenkeln auf. Gleichzeitig, oder etwas früher oder etwas später, kommt es zur Folliculitis haemorrhagica, aus der sich der Lichen scorbuticus entwickelt. Er zeichnet sich im Gegensatz zum Lichen cachecticus und scrophulosorum durch seinen hämorrhagischen Charakter und Neigung zur Proliferation aus. Bei fortgeschrittenen Hautveränderungen sind fast immer Veränderungen der Mundhöhle vorhanden, können aber auch ganz fehlen. Als therapeutische Diät wurde reichliche, abwechselnde, Gemüse enthaltende Nahrung eingeführt. Dann ist schon nach 2 Wochen eine Besserung sichtbar; leichte Fälle heilen nach 4 Wochen, schwerere nach 2 Monaten. Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Feig, S. Beitrag zur Kenntnis des Skorbuts mit besonderer Berücksichtigung seiner hämorhhagischen Komponente. Med. Klin. 1918. Nr. 49. p. 1207.

Nach Feig ist die Ursache für das Auftreten des Skorbuts wahrscheinlich in der gestörten Bilanz zwischen den Natrium- und Kaliumsalzen zu suchen. Er machte auf ein vielleicht diagnostisches Phänomen aufmerksam: Nach dem Anlegen einer Esmarchschen Binde traten abwärts der Binde mit derselben scharf abgegrenzt diffuse Ekchymosen in den Haarfollikeln auf. Der Versuch glückt fast in allen Fällen. Auch die Lokalisation der ersten Symptome des Skorbuts könnte man zum Beweise, daß Traumen die Blutungen begünstigen, heranziehen. Entsprechend den Annahmen von Morawitz neigt auch der Verf. dazu, beim Skorbut eine verbreitete, zunächst lokalisierte, Gefäßschädigung anzunehmen.

Fritz Juliusberg (Braunschweig).



Klein, Rudolf. Skorbuterkrankungen unter unseren Kriegsgefangenen in Rußland. Med. Klin. 1919. Nr. 8. p. 182.

Sehr eingehende Darstellung der verbreiteten Skorbuterkrankungen begann häufig mit Hemeralopie. Die weiter sich entwickelnden Erscheinungen werden aufs genaueste dargestellt. Außer Diät kommt als innere Therapie Plumbum aceticum in Betracht. Klein gab: Plumb. acet. 0,03 mit Tannin 0,3 mehrmals täglich.

Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Saxl, Paul, und Johann *Melka*. Über den Skorbut und seine Beziehungen zu den hämorrhagischen Diathesen. Med. Klin. 1917. Nr. 37. p. 986.

Die Beobachtungen von Saxl und Melka beruhen auf 85 Skorbutkranken — russischen Kriegsgefangenen. Die zahlreichen Erkrankungen an der russischen Front kamen alle im Frühjahr zur Beobachtung, also zu einer Zeit, wo die Ernährung mit frischen Gemüsen der mit konservierten Nahrungsmitteln weicht. Die Verff. berichten über folgende Beobachtungen allgemeiner Natur: 1. Da die Blutungen beim Skorbut nicht das Primäre sind, sondern erst im Verlauf der Erkrankung entstehen, so sind sie sicherlich nicht der Ausdruck einer allgemeinen Gefäßschädigung, sondern nur der einer lokalen Gewebserkrankung. 2. Blutungen auf Kontusionen usw. wurden nicht beobachtet; derartige Blutnngen gehören wohl nicht zum Skorbut. 3. Die Blutsuffusionen hatten an den ganzen Extremitäten stets die gleiche Farbe; also kommt es wohl nicht zu Nachblutungen. 4. Bei einer allgemeinen Gefäßschädigung im Sinne einer erhöhten Wanddurchlässigkeit müßte es auch zu einer exsudativen Diathese kommen; diese ist beim Skorbut nicht vorhanden. 5. Die Zahl der Blutplättchen ist normal. Die Autoren kommen zu dem Schlusse, daß der Skorbut keine hämorrhagische Diathese darstellt.

Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Bosanyi. Die Behandlung der hämorrhagischen Diathesen mit hypertonischer Kochsalzlösung. Jahrb. f. Kinderheilk. 1919. Bd. XL. p. 1.

Empfehlung der intravenösen Injektion von 5—10 ccm 5 bis 10proz. Kochsalzlösung — evtl. täglich — bei Haut- und Schleimhautblutungen. L. Kleeberg (Breslau).

von Niedner. Hämorrhagische Exantheme. Med. Klin. 1918. Nr. 14. p. 333.

Von Niedner weist darauf hin, daß die Exantheme in den Kriegsjahren von den gewohnten Bildern nicht unerheblich abzuweichen pflegen und vor allem häufig einen hämorrhagischen Charakter aufweisen. Es ist daran zu denken, daß dieser hämorrhagische Charakter der Ausdruck einer hämorrhagischen Diathese auf skorbutischer Basis ist. Es ist bei der Behandlung hämorrhagischer Exantheme diesem Gesichtspunkt Rechnung zu tragen und der Versuch zu machen, die Schwere der Erkrankung durch Obst und frisches



Gemüse, evtl. durch rohe Milch — im Sinne der Barlowkur — zu mildern. Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Widmer, H. Über das Vorkommen von Purpura simplex bei Serumkrankheit. Med. Klin. 1917. Nr. 39. p. 1041.

Widmer, der auf der Diphtheriestation wiederholt das Auftreten von Serumexanthemen, auch solchen mit zahlreichen Hautblutungen beobachtet hat, schließt auf Grund seiner Beobachtungen: 1. daß beim Menschen eine ausgesprochene Purpura simplex zusammen mit den gewöhnlichen Symptomen des anaphylaktischen Schocks auftreten kann, 2. daß die typische Serumkrankheit nicht allzu selten von einer Purpura begleitet ist resp. das Serumexanthem nur in Form der Purpura in Erscheinung treten kann, 3. daß auch sonst beim Serumexanthem beim Rumpelschen Versuch hier und da Hautblutungen auftreten können, die sich streng an das Gebiet der Exanthemstellen halten. Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Rhonheimer, E. Die Purpuraerkrankungen im Kindesalter. Med. Klin. 1919. Nr. 33. p. 800.

Auf das ausgezeichnete Sammelreferat Rhonheimers wird an dieser Stelle kurz hingewiesen. Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Morawitz. Echter und falscher sporadischer Skorbut. Münch. med. Wochenschr. 1918. Nr. 13. p. 339.

Es gibt sicher sowohl sporadische Skorbutfälle, als auch Fälle von M. maculosus Werlhoffi, die mit starker Beteiligung des Zahnfleisches einhergehen und leicht mit Skorbut verwechselt werden können. Echter Skorbut kann in einem recht erheblichen Prozentsatz ohne Zahnfleischerkrankung einhergehen.

Alfred Perutz (Wien).

Weihe, F. Zur Klinik und Ätiologie der Winkelschen Krankheit. Zeitschr. f. Kinderheilk. 1918. Bd. XVIII. p. 319.

Ein 6 Tage alter Säugling, der wegen eines Pemphigus neonatorum mit einer Kriegsvaseline behandelt wurde, erkrankte nach 4 Tagen an Winkelscher Krankheit (Cyanosis afebrilis icterica cum Haemoglobinuria, Leukocytose, Heinzsche Körperchen im Blutbilde, Resistenzvermehrung der Erythrocyten, Methämoglobinurie) und kommt zum Exitus. An Hand dieses Falles kommt Verf. zu dem Schlusse, daß die Winkelsche Krankheit auf einer chemischen Vergiftung beruhe: im speziellen Falle auf einer Kriegsvaselinevergiftung, trotzdem er bei Tieren mit der Vaseline keine toxische Wirkung erzielen konnte. Martin Friedmann (Breslau).

Brüning, H., und F. K. *Walter*. Zur Frage der Adipositas dolorosa (Dercumschen Krankheit) im Kindesalter. Zeitschr. f. Kinderheilk. 1919. Bd. XXIV. p. 183.

Verff. berichten über einen im Kindesalter nur selten vorkommenden Fall von Dercumscher Krankheit. Es handelt sich um einen aus gesunder Familie stammenden, körperlich und geistig normal entwickelten 10jährigen Knaben, bei welchem sich im 9. Lebens-



jahre ohne nachweisbare Ursache allmählich eine diffuse, schmerzhafte, an Myxödem erinnernde Schwellung beider Wangen und im Anschlusse daran auch an Hals, Brust und Bauch entwickelte mit deutlicher Behaarung des Mons veneris und beginnender Schnurrbartentwicklung. Im Laufe der kaum 3/4 Jahre dauernden Krankheit gesellten sich dazu Rückenschmerzen, die selbst das Aufsitzen verhinderten, Polydypsie mit Albuminurie, Glykuron- und Zuckerausscheidung und allgemeine Asthenie, bis nach einem plötzlich einsetzenden Exaltationsstadium mit konsekutiven Krämpfen, Amaurose und geistiger Verwirrtheit der Tod unter den Erscheinungen der Herzlähmung und Pneumonie eintrat. Autoptisch fand sich ein Alveolarcarcinom des Hypophysenhinterlappens, das wahrscheinlich vom Mittellappen seinen Ausgang nahm. Verff. sehen hierin die Krankheitsursache und glauben eine hypophysäre Gruppe dieser Erkrankung annehmen zu müssen. Martin Friedmann (Breslau).

Schucany. Über endogene Fettsucht im späteren Kindesalter. Jahrb. f. Kinderheilk. 1918. Bd. LXXXIX. p. 30.

Abbildung und Beschreibung zweier Fälle von auf innersekretorischer Störung beruhender Fettsucht. Bei einem 13jährigen Mädchen von 1,27 m Länge und 77,2 kg Gewicht bildet das über den ganzen Körper gleichmäßig verteilte Fettpolster an den Oberarmen und Oberschenkeln tiefe Furchen und erweckt so den Eindruck von Lipomgeschwülsten. Die Haut ist auffallend trocken und besonders an den Extremitäten leicht schuppend. Achsel- und Schamhaare fehlen, Kopfhaare trocken, Nägel normal. Es handelt sich bei dem Fehlen der Schilddrüse, Zurückbleiben im Längenwachstum und Mangel aller Hypophysensymptome um thyreogene Fettsucht, was sich auch durch den Erfolg der Thyreoidintherapie bestätigte. Bei einem 8 1/2 jährigen Knaben von 1,40 m Länge und 50 kg Gewicht (Normalgewicht 23 kg) bestand neben der allgemeinen Fettsucht eine besonders hochgradige Fettansammlung der Brüste, der Unterbauchgegend und des Mons veneris, daneben ausgesprochener Hochwuchs. Die Schilddrüse war palpabel, Penis auffallend klein, beide Hoden kaum erbsengroß. Achsel- und Schamhaare fehlen.

Es handelt sich um einen primären Eunuchoidismus infolge Ausfall der interstitiellen Drüse. L. Kleeberg (Breslau).

Ledermann. Über die Natur der Mycosis fungoides. Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. 1915. Nr. 23.

Kurze Schilderung des Krankheitsverlaufes und der Therapie im Anschluß an den Prozeß gegen die Vertreterinnen der Christian Science. Kurt Wiener (Breslau).

Hayward. Über Erfrierungen. Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. 1915. Nr. 23.

Besprechung der Symptomatologie und Therapie sowie der Ursachen der Erfrierung in ihren verschiedenen Graden unter Zu-



grundelegung der Erfahrungen der Balkankriege. Literaturzusammenstellung. Kurt Wiener (Breslau).

Winternitz, Rudolf. Erfrierung im Röntgenbild. Med. Klin. 1917. Nr. 9. p. 239.

An der Hand einiger Fälle und unter Beifügung von Abbildungen demonstriert Winternitz die Wirkungen der Kälte auf das Knochengewebe. Wahrscheinlich müssen eine Anzahl von Tagen oder Wochen verfließen, bis die mitgeteilten Befunde deutlich sind. Man kann dies beschreiben als (langdauernde) Atrophie — Aufhellung und Verdünnung — von Röhrenknochen, besonders an deren spongiösen Gelenkenden kenntlich und bei Steigerung der Schädlichkeit bis zur völligen Unkenntlichkeit der Knochen, das ist bis zu ihrem Schwund, fortschreitend. Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Eliasberg. Beitrag zur Klinik der Erythrodermia desquamativa (Leiner). Monatsschr. f. Kinderheilk. 1919. Bd. XV. p. 277.

Von 25 Säuglingen, die an dem von Leiner beschriebenen Krankheitsbilde litten, zeigten 14 Störungen von seiten des Magen-Darmkanals, aber nur bei einem Kind führten schwere Durchfälle den Tod herbei. Danach erscheint es E. zweifelhaft, ob die Erythrodermis als autotoxische, mit den Darmstörungen in Zusammenhang zu bringende Erkrankung aufzufassen ist. Eliasberg glaubt die Durchfälle eher auf nervöse Überempfindlichkeit des Darmes zurückführen zu müssen; hierfür spricht auch das oft beobachtete Erbrechen der Kinder.

Besonders auffallend war die außerordentliche Neigung zu ausgedehnten Ödemen — ganz unabhängig von der Ernährung. Für ihre Entstehung spielt wohl der von Leiner beschriebene pathologische Befund der Hautgefäße eine Rolle. Von 17 Säuglingen, die im Verlaufe der Erkrankung ödematös wurden, sind 10 gestorben. Die Wasseransammlung in den Geweben führt zu Änderungen des Immunitätszustandes und danach zu häufigen Infekten, die schließlich zum Tode führen.

Das zweite besonders auffallende Symptom war eine Anämie mit Werten bis zu 25—30% Hämoglobin, entsprechender Verminderung der Erythrocyten, erhöhten Leukocytenzahlen bis 50 000. Bei den nicht durch Infekte oder Durchfälle komplizierten Fällen bestand keine Verschiebung der Leukocytenverhältnisse.

Eliasberg faßt sowohl die Dermatose als auch die Anämie und Wassersucht als Ausdruck einer angeborenen, konstitutionellen Minderwertigkeit auf. L. Kleeberg (Breslau).

Kyrle, J. Bemerkenswerte histologische Befunde bei Psoriasis vulgaris. Wien. klin. Wochenschr. 1918. Nr. 29.

Kyrle fand bei der Untersuchung frischer Psoriasisefflorescenten „Einschlüsse“ in den Zellen des Stratum spinos, ganz von der Art wie bei Chlamydozoenerkrankungen, insbes. bei der Variola. **Kyrle**



hält dieselben für Abkömmlinge der Nucleolarsubstanz. Die Kernkörperchen erleiden im Bereiche der Psoriasisefflorescenzen allem Anscheine nach bedeutsame Veränderungen, es kommt zur Vergrößerung derselben und vielfach zu ihrem Austritt aus dem Kern. Der Zelleinschluß im Plasma ist nichts anderes als der vergrößerte, aus dem Kern geschiedene Nucleolus. Viktor Bandler (Prag).

Spiegler, Fr. Über einen Fall von Alopecia universalis trophoneurotica nach Granatschock. Wien. klin. Wochenschr. 1918. Nr. 40.

Bei einem Soldaten, der bei einer Granatexplosion verschüttet wurde, stellte sich 2 Tage nachher ein Ausfall sämtlicher Haare des Körpers ein, dabei bestanden heftige Kopfschmerzen, kein Jucken; vorher bestand dichte Behaarung. Viktor Bandler (Prag).

Schulte, Elly. Zur Frage der xanthelasmatischen Bildungen beim chronischen Ikterus. Zieglers Beitr. z. pathol. Anat. u. z. allg. Path. 1916. Bd. LXI. Heft 3. p. 570.

Kasuistischer Beitrag zu der noch keineswegs geklärten Frage der Xanthelasmen unter Berücksichtigung der einschlägigen Literatur. Franz Bacher (Breslau).

Nicol. Ein Fall von „Xanthelasma“ der Haut nach Chininexanthem. Zieglers Beitr. z. pathol. Anat. u. z. allg. Path. 1919. Bd. LXV. Heft 1. p. 148.

Im Anschluß an ein durch Chininintoxikation bedingtes, mit Fieber und Ikterus verbundenes, schuppendes Exanthem der Haut ist infolge Störung des Cholesterinhaushaltes, die sich in einer auffallenden Lipoidarmut der Nebennierenrinde, des Depotorgans des Cholesterins, dokumentierte, unter der Einwirkung des geschädigten Fettstoffwechsels eine fast vollständige Ausschüttung der Cholesterinester in den Kreislauf erfolgt, und zwar in die Zellen der Cutis. Hierdurch ist eine allgemeine xanthelasmaartige Veränderung der Haut zustande gekommen, die sich dem Auge in Form eines fast negerfarbenen Aussehens der Haut darbot. Franz Bacher (Breslau).

Arning, Ed. und A. *Lippmann*. Essentielle Cholesteriämie mit Xanthombildung. Zeitschr. f. klin. Med. 1920. Bd. LXXXIX. Heft 1/2.

Verff. fassen ihre Ergebnisse folgendermaßen zusammen: Bei einem Mann mit multiplen Xanthomknoten läßt sich eine hochgradige Cholesterinämie nachweisen, die bei Fehlen jeder nachweisbaren Leberschädigung oder diabetischen Anlage als „essentielle“ angesehen wird. Zufuhr von Cholesterin läßt die Erhöhung des Cholesterinspiegels für lange Zeit bestehen, so daß die Ursache der Cholesterinämie in einer gestörten Ausscheidungsfähigkeit für Cholesterin gesehen wird.

Die Xanthombildung wird als sekundäre Ablagerung von Cholesterin in die Gewebe, die Affinität zu Cholesterin haben (Mesoderm, Sehnenscheiden, Periost), erklärt; die Hypothese, daß primäre



Fibrome von Cholesterin infiltriert werden, wird jedenfalls für die Fälle von primärer „essentieller" Cholesterinämie abgelehnt.

Kurt Wiener (Breslau).

Löwenthal, Karl. Zur Physiologie des Cholesterinstoffwechsels. Beziehungen zwischen Hoden und Cholesterinstoffwechsel. Zieglers Beitr. z. pathol. Anat. u. z. allg. Path. 1916. Bd. LXI. Heft 3. p. 564.

Bei experimentell erzeugter Hypercholesterinämie, wie sie nach doppelseitiger Nebennierenexstirpation und im Hungerzustand durch Übertritt von Körperfettdepots in die Blutbahn beim Kaninchen hervorgerufen wird, zeigt sich eine deutliche Verminderung des auf kolorimetrischem Wege für den normalen Kaninchenhoden ermittelten durchschnittlichen Cholesteringehalts. Hieraus ergibt sich, daß der Hoden an der Vermittlung des intermediären Cholesterinstoffwechsels nicht beteiligt ist. Über die Ursachen der nach doppelseitiger Kastration beobachteten Vermehrung des Blutcholesterins ist Verf. nicht in der Lage, auf Grund seiner Versuche nähere Aufschlüsse zu geben. Nach einseitiger Kastration fand er keine Beeinflussung des Cholesterinstoffwechsels. Franz Bacher (Breslau).

Raubitschek, H. Pathologie, Entstehungsweise und Ursachen der Pellagra. Ergebn. d. allg. Pathol. u. pathol. Anat. (Lubarsch-Ostertag) 1915. 18. Jg. I. Abt. p. 662.

Im Kapitel „Pathologische Histologie" gibt Raubitschek auch eine kurze Übersicht über die bisher beschriebenen Veränderungen der pellagrösen Haut. Die dabei mehrfach zutage tretenden Widersprüche in den von den einzelnen Autoren erhobenen Befunden haben zum Teil ihren Grund in der Verschiedenheit des Krankheitsstadiums, in welchem die Untersuchungen erfolgt sind. — Zum Schluß begründet Verf. eingehend die von ihm vertretene Ansicht von der photodynamischen Ätiologie der Pellagra, zu deren Erkennung er durch eigene experimentelle Untersuchungen wertvolles Material beigebracht hat

Franz Bacher (Breslau).

Deneke, Gerhard. Fünf atypische Fälle von Erythema nodosum. Dtsch. med. Wochenschr. 1919. Nr. 44.

Denekes 5 Patientinnen zeigten am tieferen Unterschenkel über dem Knöchel blaurote Flecke unter glatter, geschwollener Haut. Die Rötung verschwand unter Glasdruck, die derbe Oberfläche bildete beim Zusammenpressen eine leichte Fältelung. Alle Patientinnen hatten Schmerzen in den Unterschenkeln, Luftmangel und boten die Symptome einer Endokardaffektion. Nur in einem Falle bestanden keine Gelenkschmerzen. Für die Lokalisierung kam vielleicht in Betracht, daß die Zone zwischen Rock und Schuh der Kälte und Nässe besonders ausgesetzt war. Kennzeichnend für Erythema nodosum waren die Beschaffenheit der Infiltrate, die rheumatischen Schmerzen, die Herzsymptome und der Erfolg der Therapie (Natrium salicylicum, warme Packungen der Beine, Eisblase auf das



Herz). Die Knoten selbst leisteten den Medikamenten Widerstand. Ungewöhnlich war die Beschränkung der Erkrankung auf die untere Tibiakante und der meist fieberlose chronische Verlauf. Lungensymptome oder tuberkulöser Habitus fehlte bei den kräftigen Patientinnen völlig. Max Joseph (Berlin).

Sieben, Hubert. Über die Ursachen des Quinckeschen Ödems. Dtsch. med. Wochenschr. 1919. Nr. 42.

Bei dem 50jährigen Patienten Siebens erschien unter Fieber, Jucken und Quaddeleruption an Rumpf und Extremitäten ein starkes Ödem im Gesicht. Daneben traten Übelkeit und Unterleibsschmerzen auf, die noch einige Tage andauerten, als die Quaddeln und Ödeme bereits spontan verschwunden waren. Verf. nimmt den Genuß verdorbener Dickmilch als Veranlassung des Anfalls an, der in ähnlicher Weise einmal nach einem Insektenstich gekommen sein soll. Der Pat. war in keiner Weise nervös. In einem zweiten Falle war das angioneurotische Ödem sichtlich die Folgeerscheinung einer schweren Grippe. Verf. nimmt als Ursachen des Quinckeschen Ödems sowohl toxische intestinale Störungen als Infektionskrankheiten an, bestreitet aber die Meinung Oppenheims, daß nur nervöse Individuen von dem Ödem befallen werden könnten.

Max Joseph (Berlin).

Schäffer, J. Über Melanodermie des Gesichts (sogenannte Kriegsmelanose). Med. Klin. 1918. Nr. 44. p. 1079.

Schäffer weist im Eingang seiner Ausführungen daraufhin, daß man bei den Verfärbungen der Haut, die in den letzten Monaten von verschiedenen Ärzten beschrieben wurden, zwei Gruppen streng auseinanderzuhalten hat: einmal die durch äußere Einwirkungen, wie Vaselinersatz, Schmieröl und andere Schädigungen, bedingten Hautleiden mit Pigmentierung und zweitens die eigentlichen Melanodermien ohne bekannte Ursache, möglicherweise hervorgerufen durch allgemeine toxische Einflüsse. Vor allem mit dieser zweiten Gruppe beschäftigt sich die vorliegende Arbeit. Die Kranken weisen folgende charakteristischen Erscheinungen auf: Das auffallendste Kennzeichen ist die eigenartige Verfärbung, bei der, wie Schäffer im Einklang mit Galewsky betont, offenbar mehrere Faktoren beteiligt sein müssen, einmal sicher in verschiedenen Hautschichten abgelagertes Pigment, ferner eine venöse Blutfülle und die einen mattgrauen Ton bedingende sichtbare Hyperkeratose (Riehl). Grade die Mischung der verschiedenen Farbenkomponenten bedingt das eigenartige Aussehen der Kriegsmelanose. In der Epidermis findet sich eine derbe lederartige Verdickung, die dann zu Abschilferung und am Ende zu kleienartiger Schuppung führt. Für die Lokalisation spielt offenbar das Licht eine maßgebende Rolle. Mit Vorliebe ist das Gesicht und die angrenzende Halspartie befallen, besonders die Wangen, dann die Stirn. Die Beschwerden sind unbedeutend, man findet ab und zu ein Spannungs-

gefühl, eine stärkere Empfindlichkeit, einen mäßigen Juckreiz bei Beginn. Befallen waren bei Schäffers Kranken mehr Frauen wie Männer, meist solche im Alter von 30—45 Jahren. Das Allgemeinbefinden ist ausnahmslos ein gutes. Charakteristisch für die Dermatose ist auch der torpide einförmige Verlauf. Gegenüber der oben angedeuteten Gruppe von Hautverfärbungen, wo wir eine äußere Ursache jetzt kennen, nimmt Schäffer für die von ihm hier beschriebene Gruppe mit Riehl eine toxische Ätiologie an. Man findet weitgehende Analogien im Krankheitsbilde ätiologisch mit der Pellagra, ähnlich wie dies auch Blaschko, Ledermann, Saalfeld, Heller, Kaufmann taten. Immerhin findet es Schäffer auffallend, daß diese neue Melanodermie einmal durch bekannte äußere Schädlichkeiten und in anderen Fällen durch innere toxische Ursachen hervorgerufen werden soll. Vielleicht wäre es näherliegender, anzunehmen, daß in beiden Fällen eine allgemeine Disposition auf toxisch-alimentärer Grundlage erworben wäre und daß diese allgemeine Disposition eine Überempfindlichkeit nicht bloß gegen Licht, sondern auch gegenüber andere die Haut treffende Schädlichkeiten bedinge.

Behandlung: Fernhalten äußerer Schädlichkeiten (vor allem kann eine auf falscher Diagnose beruhende Ekzemtherapie schaden). Keine Kosmetica und Seifen; Reinigung mit warmem Wasser mit Boraxzusatz oder Kamillenabkochung. Keine Quarzlampenbehandlung, keine Abkühlung des Gesichtes. Vorsichtig milde Salben anwenden: Eucerin mit 3proz. Acidum boricum oder Mitinpaste, zur Aufhellung 3—10proz. Perhydrolsalbe (Perhydrol Merck 1,0, Lanolin 7,0, Eucerin anhydric. 2,0). Als Lichtschutzsalbe evtl. Ultrazeozon. In manchen Fällen genügt Borpuder (10% mit Zink und Talc. āā) oder Schüttelmixturen mit reinem Glycerin evtl. mit Zusatz von Borsäure oder Perhydrol. Erfolge sah Schäffer auch durch leichte Einfettung mit Olivenöl. Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Galewsky. Über Melanodermien und Dermatosen durch Kriegsersatzmittel. Münch. med. Wochenschr. 1918. Nr. 34. p. 930.

Zu den jetzt häufig zur Beobachtung gelangten Melanodermien gehören einige, die im Anschluß an Schmieröl auftreten, andere, für die im Sinne Riehls eine innere Ursache angenommen werden muß (Sensibilisationserkrankungen), andere, die durch schlechtes Vaselin entstehen und teils als Vaselindermatitiden, teils als Cutis anserina und Lichen pilaris auftreten. Alfred Perutz (Wien).

Bettmann. Über Schädigungen der Haut durch Ersatzöle und -salben. Münch. med. Wochenschr. 1918. Nr. 48. p. 1344.

Nichts Neues. Alfred Perutz (Wien).

Herxheimer und *Roscher.* Über Hautveränderungen bei Nephritis usw. Münch. med. Wochenschr. 1918. Nr. 52. p. 1451.

In den Hautbefunden bei Kriegsnephritis, Weilscher Krankheit und Wolhynischem Fieber scheint es sich um kleine, an Capillaren



und kleine Hautgefäße sich anschließende Entzündungsherde zu handeln, die weder etwas Charakteristisches noch Typisches besitzen, somit keinen diagnostischen Wert haben. Alfred Perutz (Wien).

Luithlen, Fr. Pemphigus acutus. (Blasenausschlag bei Sepsis und Dysenterie.) Heilung durch Aderlaß und Eigenserum. Wien. klin. Wochenschr. 1918. Nr. 49.

Die beobachteten Fälle von Pemphigus zeigen, daß die Behandlung mit Aderlaß und Eigenserum nicht nur eine symptomatische, auf die Hauterscheinungen wirkende ist, sondern daß auch die ihnen zugrunde liegenden Erkrankungen, in dem einen Falle Streptokokkensepsis, in dem anderen Dysenterie, zur Abheilung gebracht wurden.
Viktor Bandler (Prag).

Boas, Harald. Ein Fall von Dermatitis herpetiformis, von einer Psychose begleitet. Hospitalstidende 1919. Nr. 51. p. 1383.

In deutscher Sprache in der Dermatologischen Zeitschrift publiziert. Harald Boas (Kopenhagen).

Löwy, Julius. Über das Auftreten der Serumkrankheit nach Magnesiumsulfatinjektionen. Berl. klin. Wochenschr. 1919. Nr. 35. p. 827.

Ein Tetanuskranker erhält am 29. März 1919 außer 10 g Urethan subcutan 40 Antitoxin-Einheiten, am 31. März 100 Einheiten, am 2. April 100 Einheiten und 10 ccm einer 25 proz. Magnesiumsulfatlösung. Am 3. April Schulterschmerzen, 40,8°, scarlatiniformes Exanthem, das am Abend abblaßt. Am 6. April wieder 10 ccm 25 proz. Magnesiumsulfat. Am 7. April wieder scarlatiniformes Exanthem der gleichen Stellen, das am 8. April urticariell wird und abends abblaßt, worauf die gleiche Einspritzung verabfolgt wird. Am 9. April morgens wiederum urticarielles, stark juckendes Exanthem, das in den nächsten Tagen fast den ganzen Körper überzieht, zum Teil morbilliform wird und erst am 12. April verschwindet. Am 19. April geheilt entlassen, nachdem 10 ccm einer 10 proz. NaCl-Lösung symptomlos blieb.

Der Verlauf zwingt zu dem Schluß, daß das Magnesiumsulfat die Exantheme veranlaßte. Also können auch bisher als spezifische Proteinwirkung aufgefaßte Symptome durch parenterale Einverleibung nicht eiweißartiger Körper hervorgerufen oder reaktiviert werden. Eine theoretische Begründung auf Grund dieses einen Falles ist weder möglich noch statthaft. Krakauer (Breslau).

Hoffmann, Erich. Durch Muttermilch übertragene Arzneiexantheme (Brustkindtoxidermien). Dtsch. med. Wochenschr. 1919. Nr. 37.

Die von Send angestellten Versuche ergaben, daß bei empfindlichen Säuglingen durch gewisse Medikamente, welche der Mutter verabreicht wurden, Exantheme entstehen können. Genauere Nachforschungen des Verf. ließen nachweisen, daß solche Toxidermien bei Brustkindern meistens durch Brom entstanden und sich dann bis



zu schweren papillomatösen oder tuberösen Wucherungen steigern konnten. Nur vereinzelten Fällen lagen Darreichungen von Aspirin, Salvarsan, einem unsicheren Fall Quecksilber zugrunde. Verf. macht darauf aufmerksam, daß bei den häufigen Hauterkrankungen kleiner Kinder diese Ursache oft unbeachtet geblieben sein möge.

Max Joseph (Berlin).

Meltzer. Häufigkeit und Art der Chininexantheme. Münch. med. Wochenschr. 1918. Nr. 1. p. 20.

Bei 3200 Mann, die innerhalb 7 Monaten als Prophylaktiker täglich 0,3, zweimal wöchentlich 0,6 Chinin nahmen, wurden 4 Fälle, i. e. 0,12% von Chininexanthem beobachtet. Es handelte sich um einen lebhaft rot gefärbten, großfleckigen, unregelmäßig begrenzten, masernähnlichen Ausschlag, der stärker an den Gliedmaßen als am Rumpf auftrat. Es bestand Juckgefühl und ödematöse Schwellung an den distalen Enden der Extremitäten. Nervöse Menschen scheinen in erhöhtem Maße von Chininexanthemen befallen zu werden.

Alfred Perutz (Wien).

Gundrum. Blutungen unter der Haut nach Chinin. Med. Klin. 1917. Nr. 35. p. 942.

Gundrum berichtet über das Auftreten einer Purpura haemorrhagica nach Einnahme von Chininum sulfuricum. Die Patientin hatte schon früher nach Chinin juckende Bläschenausschläge bekommen.

Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Zimmermann, W. Über Nebenwirkungen von Luminal. Therap. Halbmonatshefte 1920. p. 79.

8 Tage nach Einnahme von 4 Luminaltabletten zu je 0,3 g tritt bei einer Patientin, außer anderen Nebenerscheinungen, ein heftig juckendes, mehrere Tage anhaltendes Hautexanthem auf.

Martenstein (Breslau).

Meissner, R. Über Nebenwirkungen einiger neurer Schlafmittel (Luminal, Nirvanol). Therap. Monatshefte 1919. Heft 9. p. 332.

Mehrere Luminalinjektionen erzeugen bei einer Patientin unter 40° Temperatur ein diffuses maculo-papulöses Exanthem von intensiv roter Farbe, besonders im Gesicht, Brust, Ellbeugen und Handgelenken lokalisiert. Kritischer Temperaturabfall mit Verschwinden des Exanthems nach 7 Tagen. Nach mehreren Nirvanoldosen von 0,5 2 Fälle von Exanthem. Eine Patientin bekommt bald ein urticarielles, stark juckendes Exanthem mit subfebriler Temperatur. Nach dessen Abklingen rufen 0,5 Nirvanol am ganzen Körper ein diffuses scarlatiformes Exanthem unter 40,3° Temperatur hervor. Beim zweiten Fall entsteht ein masernähnliches Exanthem an Gesicht, Bauch und Extremitäten. An Unterarmen und -schenkeln diffuse Rötung, Ödem der Augenlider.

Hans Martenstein (Breslau).



Vögele, A. Serumexanthem und Nirvanolexanthem. Dtsch. med. Wochenschr. 1919. Nr. 22.

Der Patient Vögeles litt an chronischer Nephritis und Herzstörungen, erkrankte an Grippe und bekam hierbei eine Injektion von 25 ccm Serum Antistreptococcicum Höchst, daneben 0,2 Optochin basic. fünfmal täglich. Acht Tage nach der Injektion verbreitete sich ein diffuses Exanthem von der Injektionsstelle aus über die Vorderarme und verschwand wieder binnen einiger Tage. In der Rekonvaleszenz bekam Patient anstatt des verordneten Luminal vom Apotheker Nirvanoltabletten gegen Schlaflosigkeit, wonach sich unter hohem Fieber ein juckendes Exanthem einstellte, das nach Aussetzen des Mittels mitsamt dem Fieber zurückging. Während das Serumexanthem nur geringe Temperatursteigerung und keinen Juckreiz gebracht hatte, waren beide Erscheinungen bei dem Nirvanolexanthem überaus heftig. Der Kranke genas, ohne daß sich das Nierenleiden verschlimmert hatte. Max Joseph (Berlin).

Kühn, Adolf. Über symptomatische Exantheme. Kasuistische Mitteilungen. Med. Klin. 1917. Nr. 44. p. 1164.

Kühn berichtet über folgende zwei Fälle: 1. Erythem nach Tetanusschutzimpfung, Furunculose und pyogenes Exanthem. Fünf Tage nach dem Schrapnellsteckschuß, bei dem sofort eine Tetanusschutzimpfung gemacht war, entwickelte sich auf der Brust von der Einstichstelle der Impfung aus ein gut drei Hände großes Erythem von kupferrotem und an der Peripherie gelblichrotem Aussehen, welches in den nächsten Tagen unter Schuppung abblaßte. 14 Tage nach der Verwundung wurde die Schrapnellkugel entfernt. Im Anschluß daran entwickelte sich von der Verwundung ausgehend eine allgemeine Furunculose. $3^1/_2$ Monate später entwickelte sich auf der ganzen Hautoberfläche ein makulöses wohl pyämisches Exanthem. Kühn bemerkt, daß er Erytheme 5—6 Tage nach der Tetanusschutzimpfung, wie das obige, öfters gesehen hatte.

2. Makulöses Exanthem nach Revaccination und Choleraschutzimpfung. Kühn nimmt an, daß dieser Patient seinen anamnestischen Angaben nach vor der Einstellung an Erythema exsudativum gelitten hätte. Nach erfolgter Revaccination und Schutzimpfung trat ein universelles makulöses Exanthem auf.

Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Sieben. Raynaudsche Krankheit und Hysterie. Med. Klin. 1919. Nr. 30. p. 712.

Sieben berichtet über einen Fall von hysterischer Selbstbeschädigung, der recht eigenartig war. Ein junges Mädchen brachte durch Abschnüren ihrer Zehen und Finger eine Nekrotisierung dieser Teile zustande, die dann zur Amputation derselben führte. Sie hatte sich auf diese Weise sämtliche Zehen und eine Anzahl der Finger abnehmen las-

sen. Die Ärzte waren vielfach, ohne den Fall zu entdecken, zur Diagnose Raynaudsche Krankheit gekommen. Fritz Juliusberg.

Pick, J. Zur Ätiologie und Therapie der Raynaudschen Krankheit. Med. Klin. 1917. Nr. 35. p. 940.

Pick beobachtete bei zwei Fällen von Raynaudscher Krankheit, daß die Zirkulationsstörung ihren Ursprung in einer Anomalie des Herzens hatte. Beide Patienten — 30 und 35 Jahre alt — hatten jugendlich unentwickelte Herzen — Tropfherzen —, die die normale Blutversorgung nicht leisten konnten. Diese Feststellung, daß die konstitutionelle Minderwertigkeit des Herzens und der Gefäße das in Frage stehende Krankheitsbild hervorrufe, erklärt auch die Wirkung des Nitroglycerins (Osborne) bei derartigen Fällen.

Die Therapie hat zwei Aufgaben zu erfüllen, erstens die angiokinetischen Momente an der Peripherie, also die Vasomotorentätigkeit zu beeinflussen, zweitens eine Beschleunigung und Vermehrung des gesamten Blutumlaufes in die Wege zu leiten. Das erstere können wir medikamentös durch Narkotica und Nervina versuchen, eine exakte Herz- und Gefäßgymnastik können wir am besten durch das Lungendruckdifferenzverfahren erreichen. Wir zwingen die Lungen durch Unterdruck, den wir in Gestalt einer Einatmungserschwerung anwenden, unmittelbar zu einer größeren Energieleistung und erreichen auf diese Weise eine energischere Stromgeschwindigkeit des Blutes. Auch bei den beiden obenerwähnten Fällen hatte die Unterdruckatmung Erfolg. Allerdings erfordert die Behandlung Monate.

Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Fischl, Friedrich. Über das Auftreten eines toxischen Exanthems und vorübergehende Nierenschädigung nach Tannalbinverabreichung. Med. Klin. 1917. Nr. 12. p. 340.

Der Patient Fischls, der sich in Rekonvaleszenz nach Dysenterie befand, hatte nach erfolgloser Bolustherapie dreimal 0,5 Tannalbin im Laufe eines Tages erhalten. Sogleich am Abend entstand ein aus ziemlich scharf umschriebenen zirka zehnhellerstückgroßen, lebhaft roten Flecken zusammengesetztes Exanthem am Rücken, an den Seitenteilen des Thorax, an der Streckseite der Arme und Beine und am Gesäß; es zeigten sich auch vereinzelte Quaddelbildungen. Auffallend waren an den abhängigen Partien der Extremitäten aufgetretene zahlreiche Petechien. Der harte Gaumen wies ebenfalls ein kleinfleckiges Erythem mit spärlichen Ekchymosen auf. Heftige Kopfschmerzen. Im Harn Spuren von Eiweiß. Nach 10 Tagen erhielt der Patient einmal 0,5 Tannalbin. Eine Stunde nach der Verabreichung trat dasselbe Exanthem, aber verstärkt auf. Wieder leichte Albuminurie. Die Injektion von 1 ccm Serum aus dem Blute des Mannes, das während des Vorhandenseins des Exanthems abgenommen wurde, rief subcutan injiziert bei einem anderen Ruhrrekonvaleszenten ein leichtes Erythem in der Umgebung der Injektionsstelle hervor. Fritz Juliusberg (Braunschweig).



v. Hansemann. Strepto-, Staphylo- und Diplomykosen als Kriegskrankheit. Med. Klin. 1918. Nr. 22. p. 531.

v. Hansemann weist auf die Häufung der in der Überschrift zusammengefaßten Fälle hin. Im Gegensatz zu den Fällen, die durch Vereiterung von Wunden oder Sugillationen entstanden sind, oder die sich unmittelbar an septische Angina, Mittelohreiterung, Panaritien, große Furunkel u. dgl. anschlossen, weist er speziell auf diejenigen Erkrankungen hin, die man früher als kryptogenetische Septikopyämie zusammenfaßte. Meist wurde der Verdacht Typhus, gelegentlich auch Flecktyphus, ausgesprochen. Bei den Sektionen fand sich kaum ein einziges Organ intakt, mit Ausnahme der kleineren Organe. An der Hand mehrerer Fälle geht der Verf. auf die Schwierigkeit des Nachweises der Eingangspforte ein.

Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Lorenz. Beobachtungen über die Ursachen der häufig auftretenden Ausschläge der unteren Extremitäten. Med. Klin. 1918. Nr. 14. p. 344.

Lorenz weist darauf hin, daß die impetiginösen resp. pruriginösen Affektionen der Haut, besonders der unteren Extremitäten nicht ausschließlich auf Verlausung zurückzuführen seien. Auch Ursachen konstitutioneller Art spielen dabei eine Rolle. Besonders sind Angioneurotiker sehr empfindlich gegen Hautreizungen und auch Menschen mit anderen Zeichen von Nervosität neigen leicht zu den erwähnten Erkrankungen der Haut. Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Linnartz, Max. Die Behandlung der Wunden und Geschwüre am Unterschenkel mit senkrechter Aufhängung des Beines. Med. Klin. 1917. Nr. 22. p. 610.

Es gibt, wie Linnartz betont, Wunden und Geschwüre am Unterschenkel, die auch bei guter lokaler Behandlung, so nach Zinkleimverbänden, nicht heilen. Für solche Fälle ist die Aufhängung des Beines zu empfehlen. Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Clasen, F. E. Varicen und Ulcus cruris und ihre Behandlung als „Spezialität" für den praktischen Arzt. Med. Klin. 1918. Nr. 31—42. p. 768, 739, 817, 841, 865, 890, 915, 940, 966, 993, 1018, 1042.

Clasens umfangreiche Arbeit über die Behandlung des Ulcus cruris stellt in den Vordergrund aller Betrachtungen die Behandlung des Grundleidens, der Varicen. Der Zinkleimverband ist nach seinen offenbar besonders großen Erfahrungen das beste Mittel, um eine gleichmäßige, die Wasserverdunstung der Haut nicht inhibierende Kompression der Haut zu erzeugen, auch hat er den Vorzug der Sauberkeit und Billigkeit. Außerordentlich wichtig ist die Technik seiner Anlegung. Was die Art des Unterschenkelverbandes betrifft, so benutzt Clasen Mullbinden mit so weitläufiger Fadenstellung, daß beim Verbinden der Leim mit Leichtigkeit hindurchdringt, und zwar in drei Breiten, 6—7 cm für den Fuß, 10 cm für den Unter-



schenkel, 11—12 cm für die Bildung der Hacke. Das Bein wird auf einen kleinen Bock gestellt. Man beginnt mit der Einpinselung der Hacke, legt dann die Hackenbinde an und geht dann zum Fuß über. Den Schluß bildet das Verbinden des Unterschenkels. Wegen der Technik, die sehr eingehend geschildert ist, sei auf das Original verwiesen. Bei einfachen Varicen werden die ersten 2—3 Verbände in etwa zehntägigen Zwischenräumen erneuert, später kann der Verband 3—4 Wochen liegenbleiben. Der Leimverband ist nicht zu schwer, wenn er, wie es der Verf. will, nur aus zwei Mullschichten hergestellt ist. Der von Clasen verwendete Zinkleim hat folgende Zusammensetzung: Zinci oxydati ven. 100,0 Gelatinae albae 200,0 Aquae commun. 300,0 Glycerine puri 400,0. Das beste Zinkweiß ist die Marke „Schneeweiß" und die für den vorliegenden Zweck am besten sich eignende Gelatine die Marke „P. K." (Paul Köpff). Die Gelatine ist selbst oder unter ärztlicher Aufsicht herzustellen, damit man der Verwendung der richtigen Gelatine sicher ist. (In der Kriegszeit, wo der Bezug der Gelatine Schwierigkeiten machte, benutzte er folgende Mischung: Tragacanthae 5,0 solve in aquae commun. 500,0 Gelatine 180,0 Glycerini puri 220,0 = 180,0 ccm Zinci oxydati ven. 100,0.) Als Leimpinsel dient am besten ein Kopierpinsel von etwa 6—8 cm Breite, und zwar von jener zierlichen Sorte, bei der der Holzteil nicht breiter ist als der Borstenteil. Als Leimtopf dient der käufliche Tischlerleimtopf aus Aluminium von etwa 14 cm oberer lichter Weite des inneren Topfes, wobei dann der umgebende Wassertopf eine lichte Weite von 18—19 cm zu haben pflegt.

Therapie des Ulcus: Das Ulcus wird nach seiner entsprechenden Versorgung mit Zinkleimverband behandelt. Das Ulcus ist zunächst nach Rasieren gründlich zu reinigen und mit einem Wundpulver zu bestreuen. Als Wundpulver sind zu nennen: Jodoform, Ichthargan in 5—6 proz. Mischung mit Vioform, Campher bei gangränosen und terpiden Geschwüren, auch am besten als 5—10 proz. Zusatz zum Vioform, Vioform, vom Verf. besonders geschätzt, Xeroform. Bei allen diesen Mitteln ist auf eine etwa vorhandene Idiosynkrasie zu achten. Die Beendigung des Überhäutungsstadiums des Ulcus kündigt sich im allgemeinen durch einen Epithelsaum am Rande an; dann beginnt das Überhornungsstadium. Jetzt soll man Wundpulver anwenden, die die Überhornung fördern, vor allem Xeroform, Dermatol, Bismuthum subnitricum und auch wieder Vioform. Bei Stillstand in diesem Stadium leistet die auch von anderer Seite empfohlene „feuchte Kammer" gute Dienste. Bei terpiden und gangräenosen Geschwüren ist der Paquelin zu empfehlen, der den Vorzug vor den Ätzmitteln verdient. Tritt in der Behandlung des Ulcus eine Infektion des Geschwürs in Form der Impetiga staphylogenes auf, so ist folgende Paste zu verwenden: Zinci oxydati ven., Amyli aa 40,0 Terr. silic. calcin. 15,0 Hydrargyri ox. rubr. 2,0 Vaselini flavi ad 200,0. Bei erethischen Geschwüren und dem Ulcus

in der gestrickten Narbe (wegen der Beschreibung besonders der letzten Form muß aufs Original verwiesen werden) ist die Anwendung des Paquelins im Chloräthylrausch zu empfehlen.

Der Referent weist am Schlusse ausdrücklich darauf hin, daß die Lektüre des Originals für den, welcher Unterschenkelgeschwüre mit Erfolg behandeln will, unerläßlich ist.

Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Zander. Über einen interessanten Fall von ausgebreitetem Bläschenausschlag. Med. Klin. 1917. Nr. 40. p. 1068.

Zanders Patient bekam unter leichten Fiebererscheinungen einen symmetrischen Bläschenausschlag am Körper, der mit Hinterlassung bräunlicher Flecke abheilte. Eine Ursache des Exanthems wurde nicht festgestellt. Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Meyer, L. F. Über Sklerodermie beim Säugling. Dtsch. med. Wochenschr. 1919. Nr. 31.

Während die Sklerodermie Erwachsener in drei Stadien: Ödem, Induration und Atrophie auftritt, sich Jahre hindurch entwickelt und fast nie zur Heilung kommt, erscheint die gleiche Krankheit beim Säugling nur als Induration, Ödem sowie Atrophie fehlen, der Verlauf spielt sich in Tagen bis Wochen ab und spontane Heilung kennzeichnet die Gutartigkeit der Affektion. Verf. sieht die mögliche Ursache dieses verschiedenen Charakters der Sklerodermie in verschiedenen Lebensaltern in der Begründung der Erkrankung, in Anomalien der Funktion endokriner Drüsen, die im Kindesalter sich leichter ausgleichen als später. Der berichtete Fall betraf ein gesundes Kind aus gesunder Familie, bei dem nacheinander verschieden große Infiltrationen an der Wange, Brust, Unterschenkeln, Armen, Gesäß, Bauch und Rücken erschienen, wozu noch eine starke Cyanose der linken mittleren Zehe trat. Ganz spontan begann nach 6 Wochen die Resorption der Geschwülste, und in weiteren 6 Wochen war völlige Heilung, auch der Zehencyanose, festzustellen. Max Joseph (Berlin).

Roesch, Walter. Über die Beziehungen der Sklerodermie zu den Erkrankungen der endokrinen Drüsen. Dtsch. med. Wochenschr. 1919. Nr. 48.

Die stark abgemagerte 22jährige Patientin kam wegen Spannungsgefühl der Haut, behinderter Bewegung von Armen, Beinen und Fingern und Frösteln in Roeschs Behandlung. Die sorgfältige Untersuchung ließ Sklerodermie im indurativen Stadium, sowie Thyreoidea- und Addisonsymptome feststellen. Dabei bestanden auffällige Pigmentierung, Körperschwäche und der herabgesetzte Blutdruck sowie die veränderte Blutzusammensetzung deuteten auf Hypofunktion der Nebennieren, die subfebrilen Temperaturen, sowie anamnestisch eine in der Kindheit überstandene Tuberculosis peritonei auf eine tuberkulöse Erkrankung der Nebennieren als Grundursache des Morbus Addison hin. Verf. nimmt eine ätiologische Beziehung zwischen der Sklerodermie und der Addisonschen Krankheit



an. Sehr wahrscheinlich wird die Sklerodermie verursacht durch Funktionsstörungen der Drüsen mit innerer Sekretion, wobei mehrere Drüsen zugleich, im vorliegenden Falle Thyreoidea und Nebennieren, von degenerativen und proliferativen Veränderungen betroffen werden. Therapeutisch wurde keine Heilung, aber Linderung der Beschwerden durch die warmen Bäder von Warmbrunn, wochenlange Verabreichung von Thyreoidin sowie dreimal täglich Adrenalin (5 Tropfen der Normallösung nach Gerson) erreicht. Das Thyreoidin bewirkte auch Abblassung der Pigmentation.

Max Joseph (Berlin).

Ziemann, H. Über einen Fall von Angioneurose nach Skorpionstich. Med. Klin. 1920. Nr. 10. p. 263.

Ziemanns Patient wurde in einer durch ihre Skorpione berüchtigten Gegend an der Grenze Syriens und Mesopotamiens durch einen Skorpion in den vierten linken Finger gestochen. Erst im nächsten Monate konnten operative Maßnahmen, zuletzt Absetzung von Mittel- und Endglied des Fingers, ausgeführt werden. Bald nach dem Stich trat bei jeder Kälte und bei seelischer Erregung eine Erstarrung der Hände ein. Auch in der übrigen Zeit waren die Glieder bläulich und fühlten sich kühl an. Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Brodfeld, Eugen. Die durch Insektenstiche und -bisse erzeugten Hautveränderungen. Med. Klin. 1919. Nr. 36. p. 849.

Für die Leser dieser Zeitschrift Bekanntes.

Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Stiefler, Georg. Ein Fall von angioneurotischem Ödem nach Atophangebrauch. Med. Klin. 1919. Nr. 38. p. 927.

Bei der 49jährigen Patientin Stieflers traten nach Gebrauch von Atophan, 0,5 dreimal täglich, am Abend des zweiten Tages im Verlaufe weniger Stunden umschriebene ödematöse Schwellungen der Augenlider beiderseits und der Oberlippe, in geringerem Grade an den großen und kleinen Schamlippen auf, die ein Gefühl von Brennen und Jucken verursachten. Zeichen einer Allgemeinstörung fehlten. Atophan wurde weiter gegeben und nach drei Tagen waren die angioneurotischen Ödeme geschwunden. Als nach vierwöchentlicher Pause wiederum Atophan verwendet wurde, traten die gleichen Erscheinungen von neuem auf. Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Müller. Eigenartiger Fall von Urticarien mit Ödem und Fieber. Münch. med. Wochenschr. 1918. Nr. 8. p. 210.

Mitteilung einer diesbezüglichen Eigenbeobachtung. Als Ursache Intoxikation. Alfred Perutz (Wien).

Fuld, E. Urticaria appendicularis. Med. Klin. 1918. Nr. 7. p. 161.

Fuld berichtet über eine Anzahl von Urticariafällen, bei denen eine Appendicitis die Urticaria ausgelöst hatte. In einem Falle schwanden nach der Operation einer alten chronischen Appendicitis die urticariellen Attaquen. Die ausführlichere Veröffentlichung



wird in der Zeitschrift für physikalische und diätetische Therapie erfolgen. Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Strauss. Ein seltener Fall von Urticaria. Med. Klin. 1918. Nr. 13. p. 318.

Während der Operation einer akuten Appendicitis bemerkte Strauss auf sämtlichen Bauchorganen, die bei der Operation sichtbar wurden, zahlreiche kreisrunde rote, glänzende Flecke von Erbsen- bis Fünfpfennigstückgröße. Unmittelbar nach Beendigung der Operation bemerkte man auf der Haut des Patienten eine typische, mit entsprechendem Juckreiz einhergehende, Urticaria, die nach drei Tagen abheilte. Strauss nimmt an, daß die roten Flecke auf den Bauchorganen eine Urticaria interna darstellten und daß das Auftreten dieser inneren Urticaria mit Sitz in der Blinddarm- und Appendixgegend die Ursache der Appendicitis gewesen ist (oder umgekehrt — der Ref.). Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Brodfeld, Eugen. Hyperhidrosis. Med. Klin. 1919. Nr. 20. p. 466.

Die Ausführungen des Verf. sind in einem unglaublichen Jargon abgefaßt, enthalten Unrichtigkeiten, daneben einige, wie es scheint, richtige Rezepte. Im allgemeinen liest man unter der Bezeichnung „aus der Praxis, für die Praxis" in der Medizinischen Klinik etwas anderes, als der Verf. zu bieten die Liebenswürdigkeit hat.

Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Brodfeld, Eugen. Über erworbene Unreinigkeiten im Gesicht. Med. Klin. 1919. Nr. 27. p. 640.

Unter dem in medizinischen Zeitschriften sonst kaum üblichen und nicht einmal richtig deutschem Titel versteht der Verf., wie aus dem Inhalt hervorgeht, Komedonen, Acne vulgaris, Epheliden und Lentigines. Die Arbeit, die eine Rezeptsammlung über diese Gebiete darstellt, erweist, in wie gespanntem Fuße der Verf. mit der deutschen Sprache steht. Die Arbeit enthält viele Unrichtigkeiten; die Rezepte, den Lesern wohlbekannt, sind richtig angegeben.

Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Bähr, Ferd. Ursache des Hautjuckens. Dtsch. med. Wochenschr. 1920. Nr. 8.

Bähr konnte nachweisen, daß gewisse bei der großstädtischen Wäsche gebrauchten Chemikalien Urticaria beim Benutzen der so gewaschenen Bettücher bzw. Bezüge hervorriefen. Als die Wäsche aufs Land gegeben oder die Patienten in andere Betten gelagert wurden, blieb das Hautjucken fort. Seine eigne Haut reagierte auf die Benutzung von Persil. Hiemaler Prurigo oder der sog. Lazarettausschlag ist vielleicht auf ähnliche Ursachen zurückzuführen.

Max Joseph (Berlin).

Quincke, H. Zur Behandlung der Addisonschen Krankheit. Therapeut. Halbmonatshefte 1920. p. 42.

Mitteilung der Krankengeschichte zweier Fälle, die durch Unter-



ernährung und schlechte Pflege verursacht worden sind. Durch gute Pflege und längere Zeit durchgeführte Verabreichung von Nebennierensubstanz (besser als Adrenalin) wird eine allgemeine Besserung und Beseitigung der Haut- und Schleimhautpigmentierung erzielt. Man muß deshalb nur eine Funktionsstörung der Nebennieren ohne schwerere anatomischen Veränderungen annehmen.

Martenstein (Breslau).

Löffler, W. Herpes zoster naso-frontalis mit ausgedehnten Augenmuskellähmungen. Korrespondenzbl. f. Schweiz. Ärzte 1918. Nr. 28. p. 942.

Fall von Herpes zoster bei einer 75jährigen Frau, bei dem der I-Trigeminusast betroffen war. Am rechten Auge starke Conjunctivalinjektion mit Chemosis und einem Bläschen am lateralen Limbusrand. Später leichte Trübung der rechten Cornea, Pupillenstarre auf Convergenz und Lichteinfall und Lähmung folgender Augenmuskeln: Levator palpebrae sup., Rectus superior, Obliquus inferior, sowie der Binnenmuskeln des Auges. Dann waren gelähmt der Rectus inferior, der Trochlearis, der Abducens. Es besteht des ferneren eine deutliche Geschmacksstörung auf den vorderen zwei Dritteln der rechten Zungenhälfte.

Verf. glaubt, daß es sich um eine primäre Läsion des dem ersten Trigeminusaste entsprechenden Teiles des Ganglion Gasseri gehandelt habe mit sekundärem Übergreifen des neuritischen Prozesses auf die dicht am Ganglion vorbeiziehenden motorischen Nerven.

Max Winkler (Luzern).

Zadek, Dr. Erythromelalgie bei Polycythaemia vera. Berliner klin. Wochenschr. 1918. Nr. 50. p. 1193.

Bei einem 39jährigen Mann gesellten sich zu den Hauptsymptomen der Polycythämie (Milztumor, Rötung und leichte Cyanose der Haut und Schleimhaut, Vermehrung der Erythropoese und charakteristische subjektive Beschwerden) die Kennzeichen der Erythromelalgie (anfallsweise auftretende Schmerzen in einem Fuß und Unterschenkel mit Schwellung, Rötung, Hyperhydrosis und Hyperästhesie). Außer den roten waren auch die weißen Blutkörperchen vermehrt, insbesondere die großen mononucleären L. Besonders beachtenswert war, daß im befallenen Bein dauernd Babinski + war, die übrigen Reflexe gesteigert, die motorische Kraft herabgesetzt war, was die Beziehung zum Zentralnervensystem beweist. Es erscheint möglich, daß Gefäßstörungen im Zentralnervensystem sowohl die Polycythämie wie die Erythromelalgie verursachen.

Krakauer (Breslau).

Zeller, Hermann. Zur Kenntnis der Polycythämia rubra. Berliner klin. Wochenschr. 1918. Nr. 51. p. 1211.

Ein 45jähriger Holzbildhauer erkrankt mit Schmerzen in der l. Brust, Taubheitsgefühl im l. Arm, Kopfweh, Augenflimmern, Verdunkelung der linken Gesichtshälfte. Blutuntersuchung: 118%



Hämoglob., 7 900 000 Erythroc., 7400 Leukocyt., davon 48% polynucl. L., 1% eosinoph. L., 35% kleine Lymphoc., 10% große L. 6% Übergangsformen. Bei einem Schwächeanfall brachte ein Aderlaß (Entnahme von 100 ccm Blut, das auffallend dunkel war) rasch Besserung. Nach $4^1/_2$ Monaten — bei gleichen subjektiven Beschwerden waren die absoluten Zahlen die gleichen; nur betrugen die neutrophilen L. 60%, die Lymphocyt. 28%. Milz und Leber stets etwas vergrößert. Herz: linker Ventrikel etwas vergrößert, II. Aortenton etwas verstärkt. Nierenfunktion ziemlich normal. Keine Blutdrucksteigerung. Beginnende Arterienverkalkung. Auffallend war die Blässe der Mund- und Rachenschleimhaut, mitunter auch des Gesichts, bei Füllung der Augengefäße.

Ätiologische Aufschlüsse ließen sich nicht gewinnen.

Krakauer (Breslau).

Gstrein, H. und R. *Singer* (Wien). Polyglobulie mit dem Symptomenkomplex einer Erythromelalgie nebst Bemerkungen über die Benzoltherapie. Zentralbl. f. d. ges. inn. Med. 1918. Jahrg. 39. p. 423.

Neben düsterroter Verfärbung der Haut und Schleimhäute der oberen Körperhälfte bestand bei der 47jährigen Patientin jüdischer Abstammung eine Atrophie mit Hyperästhesie, Thermhypästhesie, starke Schmerzhaftigkeit, circumscripte Rötung, erhöhte Temperatur und gesteigerte Schweißsekretion an der linken Hand. Außerdem fand sich Blutdruckerhöhung, Schlängelung der peripheren Arterien und Milz- und Lebertumor. Blutuntersuchung ergab 10 Millionen rote, 19 600 weiße Blk. Hämoglobingehalt 110% (Sahli). Der Fall stellt, da er sowohl Milztumor als Blutdruckerhöhung aufweist, eine Mischform der beiden Sonderarten der sog. primären Polyglobulie — Typus Vaquez und Typus Geißböck — dar. Die erythromelalgischen Erscheinungen traten anfallsweise in regelmäßigen Intervallen auf, ohne daß eine auslösende Ursache erkennbar war oder künstlicher Provokation gelang. Im Anfall war der Blutdruck an dieser Hand 160 mm Hg, an der gesunden 200 mm. Die Capillarschlingen an der Lunula des Nagels erschienen an der gesunden Hand nur leicht geschlängelt, an der kranken mächtig erweitert und geradezu in Achtertouren gewunden. Die erythromelalgischen Erscheinungen verschlechterten sich parallel mit dem Blutbefunde. Interne Benzoldarreichung drückte die Zahl der roten Blk. auf $6^1/_2$ Millionen herab. P.

Bolten, G. C. (Haag). Ein Fall familiären angioneurotischen Ödems, kompliziert mit Tetanie. Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk. 1919. Bd. LXIII. p. 360.

Von 12 Mitgliedern einer Familie sind 7 vom angioneurotischen Ödem befallen, 2 der Kranken starben an Glottisödem, der eine davon nach Entfernung der Adenoiden unter Lokalanästhesie, bei einem Manne besteht Komplikation mit chronischer Tetanie, Urti-



caria, heftigen Nießanfällen und Erbrechen; er zeigt auch eine leichte Acrocyanosis chronica, hat oft Acroparästhesien und leidet viel an sehr kalten Händen und Füßen (auch mitten im Sommer). Die Haut der Hände ist wenig elastisch, verdickt und trocken und zeigt im Winter oft Risse und Frostbeulen; an den Nägeln nur leichte trophische Störungen. Bolten stellt dann die Fälle von familiärem Auftreten des angioneurotischen Ödems aus der Literatur zusammen; er sieht in demselben nicht eine selbständige Krankheit, sondern nur einen Folgezustand, der auf chronischer Intoxikation infolge von kongenitaler Sympathicushypotonie mit daran untrennbar verbundener Hypothyreoidie und Stoffwechselstörungen beruht. **P.**

Siebert, H. (Libau). Kasuistische Mitteilungen über das flüchtige umschriebene Hautödem. Neurol. Centralbl. 1917. Bd. XXXVI. p. 4.

Mitteilung von 4 Krankenbeobachtungen, die sowohl in bezug auf die Lokalisation als Intensität große Verschiedenheiten aufweisen. Äußere ätiologische Einwirkungen sind nicht deutlich und spielen gegenüber dem endogenen Faktor, der Instabilität des vegetativen Nervensystems (Cassirer) eine verschwindend kleine Rolle. **P.**

Oeconomakis, Milt (Athen). Acroasphyxia chronica und Acromegalie. Neurol. Centralbl. 1917. Bd. XXXVI. p. 578.

Bei dem jetzt 21jährigen Manne trat vor 5 Jahren nach Einwirkung feuchter Kälte eine Dunkelviolettfärbung der Hände, Füße, Nasenspitze und Ohrmuscheln auf, die nach 15—20 Tagen maximal wurde und seither stationär ist. Gleichzeitig Volumvergrößerung der Weichteile der Hände. Die Haut ist feucht, kalt, gedunsen, druckschmerzhaft, zeigt fleckige ziegelrote Verfärbungen und knötchenartige sklerodermatische Wucherungen; der Schädel zeigt die typischen Veränderungen der Acromegalie, nur fehlen Vergrößerungen an Unterkiefer, Nase und Zunge. Oeconomakis betont die enge Beziehung, die zwischen den verschiedenen Zentralen vasomotorisch-trophischer Krankheitsbilder besteht. **P.**

Gruber, Georg B. (Straßburg). Über die Pathologie der urämischen Hauterkrankungen. Deutsches Archiv f. klin. Med. 1917. Bd. CXXI. p. 241.

Mitteilung von sechs genau untersuchten Fällen von Hautveränderungen bei urämisch Verstorbenen, deren verschiedene Typen eine farbige Tafel anschaulich macht. Die genaue histologische Untersuchung, welche ebenfalls durch Abbildungen illustriert ist, erweist die Hautveränderungen als einfache nicht spezifische Dermatitis, in der exsudative Momente im Vordergrunde stehen. Je nach der Schwere der Einwirkung der urämischen Noxe auf den stets stark geschädigt nachweisbaren Gefäßapparat können nicht so sehr entzündliche exsudative und proliferative Gewebsreaktionen als vielmehr schwer alternative Wirkungen mit Gewebsblutung und



Nekrose oder nur mit Nekrose in die Augen fallen. Die Gefäßveränderungen, welche keineswegs irreparabel sind, ausschließlich auf Ammoniumsalzwirkung zu beziehen, erscheint Gruber vorderhand durchaus fraglich. P.

Moewes, C. Die chronische Lymphocytose im Blutbild als Zeichen konstitutioneller Minderwertigkeit. Deutsches Archiv f. klin. Med. 1916. Bd. CXX. p. 183.

Gegenüber den Versuchen, die Lymphocytose des Blutbildes als Folge von Erkrankungen bestimmter Organe oder Organsysteme (Schilddrüse usw.) zu deuten, gelangt Moewes auf Grund kritischer Bewertung der Literatur und zahlreicher eigener Untersuchungen an Rautenbergs Abteilung zu dem Schlusse, daß Lymphocytose bei allen Erkrankungen sich findet, die auf eine allgemeine Schädigung, eine Minderwertigkeit des Gesamtorganismus zurückzuführen sind. Da auf dem Boden dieser konstitutionellen Minderwertigkeit sich alle möglichen anderen Krankheiten entwickeln können, so soll man die bei diesen gefundene Lymphocytose (z. B. bei Lues, Tuberkulose, wo sie nach Bergel einen reaktiven Vorgang gegen fetthaltige Krankheitserreger darstellt) nur als den Ausdruck der Konstitutionsanomalie auffassen und ihre diagnostische Bedeutung nur relativ bewerten. P.

Curschmann, H. (Rostock). Über seltene Formen der pluriglandulären endokrinen Insuffizienz (mit Xanthosis, familiärem Icterus, hypothyreogenem Ödem). Zeitschr. f. klin. Med. 1919. Bd. LXXXVII. p. 19.

Mitteilung dreier Fälle mit Zeichen der Insuffizienz mehrerer endokriner Drüsen, von welchen der eine die von Noorden und neuestens von Umber bei Diabetes gravis mit Lipämie beschriebene kanarienvogel- bis ockergelbe Verfärbung, besonders an den Nasolabialfalten der Stirn, den Händen und Füßen bei Freibleiben der Schleimhäute, insbesondere der Skleren, sowie der Stühle und des Urins aufwies, ohne daß der Harn Zucker enthielt, der zweite familiären Icterus zeigte, der dritte eine Addisonverfärbung der Haut. Allen Fällen gemeinsam ist der ausgedehnte Haarverlust, welchen Curschmann ebenso als Symptom des Hypothyreoidismus auffaßt, wie das in dem dritten Falle hochgradige, pralle, allgemeine Ödem mit besonderer Beteiligung der unteren Körperhälfte, welche auf Pankreon für längere Zeit verschwanden. Die Sektion dieses, neben starker Pigmentation auch der Schleimhäute, Muskelschwäche und Cachexie zeigenden Falles ergab weder makro- noch mikroskopisch irgendeine Abnormität der Nebennieren. P.

Sterlin, W. (Warschau). „Degeneratio genito-sclerodermica" als besondere Abart der pluriglandulären Insuffizienz. Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk. 1918. Bd. LXI. p. 192.

Unter Mitteilung dreier eigener Fälle und Heranziehung der



einschlägigen Literatur wird ein bisher nur bei Frauen beobachteter Symptomenkomplex geschildert, welcher charakterisiert ist durch Aufhören der Menstruation, Entwicklung eines „Späteunuchoidismus“ (Defekte der Behaarung auf der Symphyse, in den Achselhöhlen und an Lidern und Wimpern, Anhäufungen von Fettpolster in Brustdrüsen und Bauchdecken), Atrophie des Uterus und der Ovarien. Es entwickelt sich ein Zustand von allgemeiner Abmagerung, Kachexie, Inanition, häufig Diarrhöe. Der Gesichtsausdruck verändert sich beträchtlich und wird vorzeitig greisenhaft, was mit dem auffallend jugendlichen Gesichtsausdruck bei gewöhnlichem Eunuchoidismus kontrastiert. Parallel hierzu entwickeln sich anfangs oberflächliche, später tiefere und ausgedehntere Hautveränderungen, welche dem Bilde der Sklerodermie entsprechen, fast die ganze Körperoberfläche befallen und auch auf die Knochen (Sklerodaktylie) übergreifen können. Sterling zeigt, wie die verschiedenen Teilerscheinungen dieses Symptomenkomplexes als Folgen der Erkrankung endokriner Drüsen zu deuten sind und stellt aus der Literatur die verschiedenartigsten Gruppierungen der dysendokrinen Symptome zusammen, mit welchen sich bis heutzutage die Sklerodermie vergesellschaftet hatte, es sind deren bisher nicht weniger als 25 verschiedenartige klinische Formen, was darauf hinweist, daß die Ursache der Sklerodermie wohl in Erkrankungen mehrerer und nicht einer einzigen endokrinen Drüse gelegen sein kann, wodurch das bei Sklerodermie meist Hypertonie zeigende sympathische System in seiner Funktion gestört wird. Sterling meint, daß den bisher beschriebenen Symptomenkomplexen der pluriglandulären Insuffizienz (Claude und Gougerot) und der multiplen Blutdrüsensklerose (Falta) seine Degeneratio genito-sclerodermica als relativ gut umgrenzter Symptomenkomplex gegenüberzustellen sei, wobei allerdings allzu präzise Schematisierung zu vermeiden ist, da es verwandte Fälle gibt, in welchen entweder die Sklerodermie oder die Atrophie der Keimdrüsen fehlen kann. In einem der Fälle bestand peinliches Kältegefühl, was von Sterling auf Erkrankung der Nebennieren bezogen wird. P.

Eichhorst, H. (Zürich). Beiträge zur Kenntnis der Alkoholneuritis. Deutsches Archiv f. klin. Med. 1917. Bd. CXXI. p. 1.

Bei den nach Infektionskrankheiten und Intoxikationen auftretenden Neuritiden wird Herpes zoster äußerst selten beobachtet: Eichhorst hat in 30 Jahren an seiner Klinik in Zürich 234 Fälle von Polyneuritis dieser Ätiologie beobachtet und dabei in einem der 124 Fälle von Alkoholneuritis einen Herpes zoster zu sehen bekommen. Der Patient starb an Miliartuberkulose 3 Wochen nach Auftreten des Zosters am rechten Beine besonders an der Hinterfläche des Ober- und Unterschenkels. Die histologische Untersuchung ergab neben ausgedehnter Degeneration der Ischiadici entzündliche Verdickungen der Pia mater in der rechten Hälfte des Lendenteiles entsprechend



dem Austritte der hinteren Lumbalwurzeln. Es können also außer Erkrankungen der Intervertebralganglien und peripherischen Nerven auch solche der hinteren Rückenmarkswurzeln Herpes zoster hervorrufen. P.

Kankeleit (Dresden). Über primäre nichteitrige Polymyositis. Deutsches Archiv f. klin. Med. 1916. Bd. CXX. p. 335.

Mitteilung eines typischen Falles von universeller Dermato-Polymyositis bei einer 38jährigen Frau, die früher an Drüsen- und Hüftgelenktuberkulose gelitten hatte. Beginn mit juckender Rötung und derber Schwellung des Gesichts und der Hände, starke Schweiße und Haarausfall. Temperatursteigerung bis 38°, nach sechsmonatlicher Dauer Tod unter Schluck- und Atembeschwerden. Die Sektion (Schmorl) ergab neben einem Mammacarcinom eine nichteitrige Polymyositis mit geringen interstitiellen Veränderungen. Der Blutbefund zeigte Vermehrung der großen mononukleären Zellen (6%) und großen Lymphocyten (8,5%). Die bakteriologische Untersuchung ergab im Blut der Lebenden und im Herzblut der Leiche Staphylococcus pyogenes aureus, doch hält Kankeleit es nicht für ausgeschlossen, daß es sich um eine accidentelle Infektion handelt, er meint, daß die Muskel- und Hauterkrankung koordiniert sind als die Äußerungen derselben unbekannten Noxe. P.

Perutz, Alfred und Josef *Gerstmann* (Wien). Über eine eigenartige, chronische Allgemeinerkrankung mit hauptsächlicher Beteiligung der Haut und Muskulatur und Aplasie der Thyreoidea. Ausgang in Atrophie und Stillstand des Leidens. Zeitschr. f. klin. Med. 1917. Bd. LXXXIV. p. 256.

Mitteilung der Krankengeschichte einer 38jährigen Frau aus Ehrmanns und H. Schlesingers Abteilung, bei welcher sich ganz allmählich und schleichend zunächst schmerzlose, gerötete, derbe Haut und Muskulatur ergreifende Schwellungen an verschiedenen Körperstellen entwickelten, insbesondere im Gesicht und an den oberen und unteren Extremitäten. Diese Schwellungen entwickelten sich sehr langsam und gingen in ebenso langsamer Weise zurück, Atrophien der Haut, des Unterhautzellgewebes und der Muskulatur an den befallenen Partien zurücklassend. In der Zeit des Auftretens und Bestehens dieser Veränderungen verspürte Patientin verschiedene Parästhesien in den Extremitäten und machten sich ausgesprochene Störungen der Motilität in den ergriffenen Gebieten bemerkbar. Gleichzeitig stellten sich Haarausfall und Ergrauen der Haare ein. Die in Atrophie ausgehende Affektion ist seit drei Jahren stabil. Nachschübe ähnlicher Art haben sich nicht ereignet. Während der Dauer der Krankheit ist Patientin sehr gealtert. Der jetzige Zustand der Patientin bietet das Bild einer Atrophie gewisser Skelettmuskeln (Gesicht, obere und untere Extremitäten, Oberbauchgegend) und des Unterhautzellgewebes, mit geringerem Betroffensein der Haut.

Diese Atrophie hatte eine Einschränkung der willkürlichen Beweglichkeit zur Folge. Sensibilität und elektrische Reaktionsverhältnisse zeigten im wesentlichen intaktes Verhalten. Die Thyreoidea ist weder zu tasten noch röntgenologisch nachzuweisen. Die Prüfung des vegetativen Nervensystems ergab Fehlen der Schweißreaktion auf Pilocarpin und Ausbleiben der alimentären Glycosurie auf hohe Zuckerdosen, während die conjunctivale Adrenalinapplikation schwach positiv ausfiel. Auffallend Unterentwicklung der Mammae (drei normale Partus) und spätes Eintreten der Menses (19 Jahre). Histologisch finden sich in Haut und Muskulatur hochgradige Atrophie bei Fehlen der Bindegewebswucherung nur stellenweise geringe Rundzellenanhäufung. Ätiologisch denken die Verff. an die Aplasie der Thyroidea und entzündungserregende Faktoren. P.

Kaznelson, P. (Prag). Thrombolytische Purpura. Zeitschrift f. klin. Med. 1919. Bd. LXXXVII. p. 133.

Die seit Hayem bekannte Verminderung der Blutplättchen bei gewissen Fällen von chronischer hämorrhagischer Diathese kann durch verminderte Bildung oder vermehrten Untergang erklärt werden. Von der Annahme einer gesteigerten Thrombocytolyse in der Milz ausgehend hat Kaznelson in 3 Fällen chronisch rezidivierender Hämorrhagien an Haut und Schleimhäuten mit Blutplättchenverminderung die Esxtirpation der Milz mit gutem Erfolge vornehmen lassen, allerdings war der Anstieg der Thrombocyten nach der Operation nicht immer bleibend. Immerhin sprechen aber diese Resultate gegen die Deutung der Thrombopenie als Insuffizienzsymptom des Knochenmarkes und für die Annahme einer vermehrten Zerstörung der Blutplättchen durch den Milzapparat. P.

Schwartz, L. (Basel). Dermographismus und vasomotorische Störungen bei Psychoneurosen und Nervengesunden. Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk. 1918. Bd. LX. p. 279.

Mittelst zweier, Ereuthometer genannten Apparate, einem spitzen und einem stumpfen, welche Dosierung des Druckes gestatten (ausführlich beschrieben in Korrespondenzbl. f. Schweiz. Ärzte 1917, Bd. XXXXVII. p. 817) hat Schwartz bei 128 Nervengesunden und 100 Psychoneurotikern Untersuchungen angestellt und dabei auffallende Beeinflussung durch Lebensalter, Geschlecht und psychische Einflüsse gefunden, ferner stärkere Reaktion bei Nervösen, endlich Parallelismus mit den vasomotorischen und sekretorischen Störungen; allerdings auch auffallende Variabilität der Dermographia-dolorosa-Erscheinungen bei mehrmaligen Untersuchungen von Psychoneurosen. Den Neurasthenikern kommen mehr lebhafte, den hysterischen mehr schwache Dermographia-dolorosa-Reaktionen zu. Das Verhalten der Dermographia dolorosa stimmt in mancher Beziehung mit den Ergebnissen von plethysmographischen und tonometrischen Untersuchungen überein. P.



Paltauf und G. *Scherber*. Ein Fall von Mycosis fungoides mit Erkrankung von Nerven und mit Lokalisation in den inneren Organen. Virchows Archiv 1916. Bd. CCXXII. p. 9—28.

Bei der Obduktion eines Falles von Mycosis fungoides zeigte sich, daß außer metastatischen Knoten in der Lunge und an der Pleura, Infiltration in der Magenschleimhaut und im Herzmuskel auch neuritische Veränderungen am Nervus oculomotorius d. und Trigeminus d. vorhanden waren, die sich bei der histologischen Untersuchung als mykosider Natur erwiesen. Allerorts hat die mykoside Neubildung den Charakter eines Granuloms behalten, dessen Entwicklung mit entzündlichen Erscheinungen einsetzt.

s. Kyrle (Wien).

Glaus. Über multiples Myelocytom mit eigenartigen, zum Teil kristallähnlichen Zelleinlagerungen, kombiniert mit Elastolyse und ausgedehnter Amyloidose und Verkalkung. Virchows Archiv 1917. Bd. CCXXIII. p. 301—39.

Die vorliegende Arbeit aus Hedingers patholog. anatomischem Institut (Basel) bringt die genauen Befunde jenes Falles, den Bloch im Jahre 1910 in diesem Archiv unter dem Titel „über eine bisher nicht beschriebene, mit eigentümlichen Elastinveränderungen einhergehende Dermatose bei Bence-Jonesscher Albuminurie" veröffentlicht hat. Die außerordentlich interessante Beobachtung zeigt, wie ein multiples Myelocytom die wohl in der Bence-Jonesschen Albumose zu suchende Ätiologie für eine unter zwei verschiedenen Formen auftretende Degeneration der elastischen Elemente und einer atypisch lokalisierten Amyloidose abzugeben vermag. Dem Dermatologen muß der Fall als Beitrag zur Lehre von den Stoffwechseldermatosen besonders interessant erscheinen.

s. Kyrle (Wien).

Nobl, G. Zur Morphologie lymphatischer Hautveränderungen. Wiener klin. Wochenschr. 1916. Nr. 45.

Die beobachteten Fälle reihen sich nach der Beziehung der Veränderungen zu den Blutwerten den aleukämischen Lymphocymatosen an. Bei mäßig gesteigerter Leukocytenzahl tritt die relative Lymphocytose in den Vordergrund mit einem prozentualen Anstieg der kleinzelligen Elemente bis zu 56%. Die Patienten zeigten günstige Beeinflussung der Erscheinungen durch die Behandlung, auf Röntgenbestrahlung und Arsenmedikation reagierten nicht nur die geschwollenen Drüsenverbände, sondern auch die Gesichtsknoten und Infiltrate, die zur Aufsaugung gelangten. Die knotige Lymphadenose der Haut komplizierte in den beobachteten Fällen fast immer das Bild der chronischen, kleinzelligen Lymphämie. Die Anordnung der geschwulstförmigen Einlagerungen spricht für die Prädilektion derselben zu den Gesichtsweichteilen. Das typische Auftreten der wulstartigen Bildungen an den Stirnhöckern, Glabella, Augenbrauen-



bogen, Wangen, Ohren, Nase, ihr braunrotes Kolorit, der Gefäßreichtum der transparenten Decke, die teigige Beschaffenheit der Herde ist geeignet, deren leukämische Abstammung nahe zu legen. Auf größere Hautbezirke ausgebreitete Lymphadenosen führen zu massigen Verdichtungsherden. Die umschriebenen und diffusen lymphadenotischen Hautveränderungen sind ihrer Histogenese nach den lymphocytären Infiltraten der inneren Organe — Leber, Darm — gleichzustellen. Mit Schonung der normalen Architektur lagern sich die Zellansammlungen längs der Gefäßnetze des Darmes; ein infiltratives Übergreifen auf benachbarte Texturen ist nicht zu verfolgen. Flache, kaum wahrnehmbare Infiltrate, deren Entstehung an bläulichroten Verfärbungen der Oberfläche wahrzunehmen ist, bilden das Testmaterial, um das perivasculäre Gebiet des Bindegewebes, die Follikel, Talg- und Schweißdrüsen als Brutstätten der Zellkomplexe feststellen zu können. Viktor Bandler (Prag).

Galant, S. Zur Frage der Cutis verticis gyrata. Korrespondenzbl. f. Schweiz. Ärzte 1918. Nr. 22. p. 743.

5 Fälle von Cutis verticis gyrata beobachtete Verf. in der Irrenanstalt Rosegg. Bei 3 Fällen handelte es sich um Katatonie, in 1 Fall um Idiotie und der 5. Fall wurde bei einem geistig Gesunden festgestellt; der letztere stellte ein Anfangsstadium der Krankheit dar, indem nur eine Furche mit zwei Gyri zu konstatieren war. Entgegen der Ansicht Jadassohns, der glaubt, daß es sich um eine kongenitale Entwicklungsstörung handle, nimmt Verf. mehr eine erworbene Atrophie an. Diese Ansicht wird gestützt durch 2 weitere Fälle, über die Verf. in einem kleinen Nachtrag berichtet und bei denen es sich wiederum um Katatoniker handelte. Beide reiben sich die Kopfhaut beständig mit den Händen. Fortgesetzte Insulte der Kopfhaut könnten also nach Galant ätiologisch in Betracht kommen.

Max Winkler (Luzern).

Lewandowsky, F. Über Ekzemprobleme. Korrespondenzbl. f. Schweiz. Ärzte 1918. Nr. 12. p 371.

Lewandowsky befaßt sich in diesem Aufsatz mit den Ekzemproblemen und geht zunächst auf den morphologischen Begriff des Ekzems ein. Er schließt sich im ganzen der Definition von Rayer an, wonach das Ekzem eine akute Entzündung nichtkontagiöser Natur der Haut darstellt, die sich im Auftreten von Bläschen äußert. Letztere werden entweder resorbiert, oder sie exkoriieren, wobei es zum Nässen kommt. Das Bläschen braucht nicht notwendig sichtbar zu sein, muß aber in irgend einem Stadium intraepithelial vorhanden gewesen sein. Damit scheiden nach Verf. das seborrhoische Ekzem, die Neurodermitis und die Epidermophytie aus der Ekzemgruppe aus.

Was das Wesen des Ekzems betrifft, so kommt Verf. zum Schlusse, daß es auf einer angeborenen oder erworbenen Überempfindlichkeit des Epithels gegen Reize der verschiedensten Art, die



von außen oder von innen auf die Haut einwirken, beruhen muß. Ist auch diese Annahme vorläufig nur eine hypothetische, so befriedigt sie doch am besten unser Kausalitätsbedürfnis.

Max Winkler (Luzern).

Perutz, A. Über einen Fall von Hydroa vacciniforme mit Eorphyrinogenurie. Wiener klin. Wochenschr. 1917. Nr. 38.

Perutz beobachtete bei einem 7jährigen Mädchen zum 3. Male das Auftreten von Hydroa vacciniforme im Frühjahre, wenn sich die Patientin dem Sonnenlicht aussetzt. Der Harnbefund ergab Fehlen von Eiweiß, Zucker und Indican, kein Hämatoporphyrin, aber Porphyrinogen nach der Methode von Schumm nachweisbar.

Viktor Bandler (Prag).

Hoerschelmann, Ernst. Zur Klinik des Skorbuts in der russischen Armee. Deutsche med. Wochenschr. 1917. Nr. 52.

Bei den 600 Skorbutfällen, welche Hoerschelmann in der russischen Armee der Riga-Front beobachtete, stellten sich als Krankheitsursachen die einseitige Ernährung sowie Übermüdung, mangelnder Schlaf und Wohnen in Erdhütten in sumpfiger Gegend heraus. Kräftige Ernährung, Luft- und Sonnenbäder erzielten befriedigende Heilerfolge. Neuerkrankungen hörten auf, als mit Beginn der wärmeren Jahreszeit frisches Gemüse, frisches statt gesalzenen Fleisches verabreicht und der Aufenthalt in freier Luft ermöglicht werden konnte. Die in 3 Stadien auftretende Erkrankung zeigte zuerst leichte Stomatitis, Blutungen aus dem Zahnfleisch, Petechien; dann zahlreiche Petechien, Gingivitis, Müdigkeit und Schmerzen in den Beinen; schließlich ulceröse Stomatitis, heftigere Schmerzen, intramuskuläre Hämatome, subperiostale Blutergüsse, dumpfe Herztöne, große Labilität des Pulses, Anämie und zunehmende Schwäche. Als Komplikationen traten Furunculosis, innere Organblutungen, Hämothorax und Nephritis hämorrhagica auf. Verf. glaubt nach seinen Beobachtungen nicht an einen Krankheitserreger, sondern hält eine Intoxikation, die von unzweckmäßiger Ernährung hervorgerufen, besonders die Gefäßwand schädigt, für die alleinige Ursache des Skorbuts. Therapeutisch bewährten sich neben kräftiger Kost und frischer Luft Mundspülungen mit Kali chloric., Arsenpräparate mit und ohne Eisen oder Tinctura chinae. Zu vermeiden sind reine Säuren und Salicyl, gut wirken auch Zitronen und Tomaten.

Max Joseph (Berlin).

Touton. Über die willkürliche Erzeugung von Hautkrankheiten besonders bei Wehrpflichtigen. Berliner klin. Wochenschr. 1918. Nr. 16 und 17.

Nach einem sehr lehrreichen und fesselnden geschichtlichen Rückblick erwähnt Tonton, wie viel schwieriger die Erkennung absichtlich erzeugter Verschlimmerungen bereits bestehender Hautleiden als ihre völlige Neuerzeugung ist und streift auch die schwierige Unterscheidung des echten Simulanten vom reinen oder simulierenden Hysteriker.



Im Frieden waren Selbstbeschädigungsfälle im deutschen Heere außerordentlich selten, im Gegensatz zum russischen und wie es scheint, auch österreichischen Heer. Der Krieg hat auch bei uns Änderung geschafft. Am verbreitetsten sind Verätzungen der Haut, die je nach Art, Stärke, Dauer und Wiederholung des Ätzmittels alle Grade vom Erythem bis zur tiefen Geschwürs- und Nekrosenbildung aufweisen. Der scharfe Rand, die runde Begrenzung, der unvermittelte Übergang zur gesunden Umgebung stärken den Verdacht auf künstliche Erzeugung. Viele Fälle von sog. atypischem Zoster gehören hierher; manchmal wurde auch Dermat. herpet. vorgetäuscht. Die Narben von Ätzungen wandelten sich auch häufig in Keloide um. Die artifiziellen ekzemartigen Dermatitiden sind meist vesikulös oder pustulös; doch fehlt die Vielgestaltigkeit des echten Ekzems. Blasige Erytheme, die den Eindruck eines Erysipels machen, können durch Thapsiaharz (aus der Wurzelrinde einer algerischen Umbellifere) hervorgerufen werden. Erytheme, Urticaria können mechanisch oder chemisch (durch Nahrungsmittel) bei dazu Disponierten zum Vorschein gebracht werden. Thibierge erwähnt einen früheren Krankenwärter einer Hautstation, der mittels raffinierter Anwendung einfacher mechanischer Mittel Scharlach- und Masernefflorescenzen täuschend nachahmte; sogar Variolaerscheinungen gelangen ihm so täuschend, daß er isoliert wurde. Er war in seiner Art „geradezu ein Talent". Durch Mg, As, Jod und Brom innerlich werden die ihnen entsprechenden Hauterscheinungen erzeugt. Intertrigo durch unsaubere Fußlappen; Psoriasis durch Vesikautien oder Verbrühung und nachheriges Auftragen eines weißen Pulvers; jedoch ist diese Nachahmung zu plump. Bekannt sind ferner die Geschwulstbildungen durch Paraffineinspritzungen. Favus wird vorgetäuscht durch Aufträufeln von Schwefelsäure oder Salpetersäure, wodurch die Haare brüchig werden und ausfallen, die Umgebung ulcerös wird und sich mit grünlich-gelben Borken bedeckt. Verdächtig ist auch der Sitz der Artefakte an leichtzugänglichen Stellen, die Art ihrer Abgrenzung, streifenförmige Fortsetzungen, die durch Herablaufen ätzender Flüssigkeiten entstehen, die mangelnde Heilungstendenz trotz zweckentsprechender Behandlung. Durch genaueste Krankenhausbeobachtung muß entschieden werden, ob etwa außer dem äußeren Moment noch eine persönliche Prädisposition vorliegt wie bei der Epidermolysis bullos. cong. bei Neigung zu Frost, Ekzem, Urticaria. Auch auf Hysterie ist zu fahnden. Wichtig ist ferner, mit dem Aussehen der durch die verschiedenen Chemikalien erzeugten typischen Bilder (Farbe, Trockenheit usw., Rand) bekannt zu sein. Krakauer (Breslau).

Vogel. Über eine kleine Endemie absichtlich erzeugter Schmierseifenverätzungen. Berliner klin. Wochenschr. 1919. Nr. 18. p. 417.

Vielfach erzeugten russische Gefangene Nekrosen und tief-

greifende, scharfrandige Geschwüre dadurch, daß sie die vorher absichtlich oder unabsichtlich oberflächlich verletzte Haut längere Zeit mit Schmierseife bzw. deren Ersatz (Soda + Liquor kal. silic.) bedeckten. Krakauer (Breslau).

Rasch. Über ein Hautleiden durch Zündholzbüchsen hervorgerufen. Ugeskrift for Laeger 1918. Nr. 7. p. 258—259.

Verf. hat in den letzten 4 Monaten eine noch nicht beschriebene Hautaffektion gesehen. Anfangs wurde ein roter Fleck beobachtet am einen oder anderen Oberschenkel, dem Platz der Hosentasche entsprechend. Nachher trat ein starkes Ödem der Augenlider auf. Es zeigte sich dann immer, daß der Patient in der betreffenden Hosentasche eine Zündholzbüchse mit schwedischen Zündhölzchen trug. Die Reibplatte dieser Zündholzbüchse enthielt entweder gelben Phosphor oder leicht dekomponierbare Schwefel-Phosphorverbindungen. Nach Entfernung der schwedischen Zündholzbüchse schwand die Dermatitis recht schnell unter indifferenter Behandlung.
Harald Boas (Kopenhagen).

Rasch. Hautleiden durch Zündholzbüchsen hervorgerufen. Ugeskrift for Laeger 1918. Nr. 8. p. 309—310.

Die Reibeplatte der schwedischen Zündholzbüchsen enthielt in einigen Monaten des Sommers 1917 wegen Mangel an amorphem Phosphor Phosphorsesquisulfid; dieser Stoff reizt bisweilen die Haut recht stark. Harald Boas (Kopenhagen).

Barfoed. Ein Fall von Hautleiden, durch Zündholzbüchsen hervorgerufen. Ugeskrift for Laeger 1918. Nr. 9. p. 349—350.

Kasuistische Mitteilung eines Falles. Harald Boas (Kopenhagen).

Olivarius. Fall von „Zündhölzchenekzem". Ugeskrift for Laeger 1918. Nr. 9. p. 350.

Kasuistische Mitteilung eines Falles. Harald Boas (Kopenhagen).

Lomholt. Zündholzbüchsen und Dermatitis. Ugeskrift for Laeger 1918. Nr. 9. p. 351—352.

Kasuistische Mitteilung von drei Fällen, darunter eines sehr schweren. Harald Boas (Kopenhagen).

Jacobsen, Aage. Über Zündholzbüchsendermatitis. Ugeskrift for Laeger 1918. Nr. 9. p. 352.

Kasuistische Mitteilung eines Falles. Harald Boas (Kopenhagen).

With, Carl. Dermatitis artificialis nach schwedischen Zündhölzchen. Ugeskrift for Laeger 1918. Nr. 11. p. 443—444.

Kasuistische Mitteilung eines Falles der von Rasch beschriebenen Dermatitis artificialis nach Phosphorsesquisulfid.
Harald Boas (Kopenhagen).

Ehrmann, S. Über die Häufigkeit der artifiziellen Acne in der Kriegszeit und ihre Verwechslung mit acneiformem Tuberkulid. Wiener med. Wochenschr. 1917. Nr. 16.

Die Unterscheidungsmerkmale sind nach Ehrmann folgende:



Bei den Tuberkuliden findet sich eine ausgesprochene Vermehrung und Vergrößerung von Comedonen und keine Anhäufung von Hornkegeln an der Mündung der Haarbälge. Die Infiltratknötchen sind auch nicht perifolliculär angeordnet; das Infiltrat bekommt bald eine livide Farbe, die Kruste ist schwarz und trocken, zähe, eine wirkliche Nekrose der Oberfläche, während es sich bei der Acne artif. um eine zentrale Erweichung handelt, die Kruste gelb, zerreiblich ist. Bei den Tuberkuliden findet man nach Abfallen der nekrotischen Kruste eine livide, scharf begrenzte, vertiefte Narbe, die ihre bläuliche Färbung auch über ein Jahr behält, während die Narben der Acne artific. anfangs rosenrot, bald weiß und unregelmäßig begrenzt sind, sich bald ausgleichen, während die Narben nach Tuberkuliden fast nie verschwinden. Viktor Bandler (Prag).

Bancke. Über eigenartige Ödembildungen und Bradycardie. Berliner klin. Wochenschr. 1918. Nr. 52. p. 1238.

Bancke beobachtete 6 Fälle von Ödemen, die im Gesicht begannen, in schwereren Fällen auch auf Nacken und Handrücken übergingen, nicht aber auf die Unterschenkel. Also nur unbekleidete Stellen waren betroffen; die Erscheinungen traten im Juni auf und schwanden bald. Stets waren sie mit Bradycardie und Polyurie verbunden. Im Liegen war die Pulszahl stets noch geringer als im Stehen. Es bestanden jedoch keine Zeichen von Herzschwäche. Mehrfach kamen Hautblutungen an den befallenen Stellen vor. Die Fälle betrafen Soldaten, die abwechslungsreich aber knapp ernährt waren — etwa 2000 ausnutzbare Kalorien täglich; allerdings fettarm und kohlehydratreich; dabei täglich etwa $3^1/_2$ l Flüssigkeitszufuhr; dabei hatten die Befallenen sämtlich anstrengenden Dienst bei wenig Ruhe. Bettruhe brachte die Krankheitszeichen stets rasch zum Schwinden bei gleichbleibender Kost; ebenso auch ausgiebigere, besonders fettreichere Ernährung bei gleicher körperlicher Bewegung. Krakauer (Breslau).

Tièche. Zur Frage der Übertragbarkeit der spitzen Condylome. Korrespondenzbl. f. Schweiz. Ärzte 1918. Nr. 52. p. 1743.

Ausgehend von den Resultaten von Wälsch, dem es gelang, spitze Condylome auf andere Patienten und sich selbst zu übertragen und der beobachtet hat, daß bei den Übertragungen auf den Arm Gebilde vom Charakter der Verrucae planae entstanden, suchte Tièche diese Experimente zu wiederholen, kam aber zu negativen Resultaten. Mit Aufschwemmungen von Condylommaterial — in Analogie mit der Autolysattherapie bei Carcinomen — konnte Verf. keine Rückbildung der Condylome erreichen. Auch mit Injektionen von Warzenmaterial konnte eine Rückbildung einer Warze beim Verf. nicht erzeugt werden, obschon es zu ziemlich heftigen Allgemeinreaktionen kam.



Das Fehlen der spitzen Condylome bei der ländlichen Bevölkerung spricht nach Tièche gegen die Identität der Warzen und Condylomata acuminata. Max Winkler (Luzern).

Nobl, G. Zur Kenntnis der Pityriasis rubra (Hebrae). Wiener med. Wochenschr. 1918. Nr. 13.

Nobl beobachtete einen Fall von Pityriasis rubra vom Höhepunkt der Erscheinungen bis zum Tode; der Fall kam zur Autopsie und wurde nach allen Richtungen durchgearbeitet. Klinisch war bemerkenswert der totale Haarschwund und das Auftreten großmaschiger Pigmentnetze im Bereiche des Stammes. Der Entwicklungsgang der Erkrankung war der mit intensiver Rötung, kleienförmiger Abschilferung allgemeiner Drüsenschwellung, Fieberattacken und fortschreitendem Kräfteverfall. Nach Besprechung der Differentialdiagnose gegen Mycosis fungoides, exfoliativem Pemphigus und Lichen ruber accuminatus bespricht der Autor die Erscheinung der totalen Alopecie und der retikulierten Melanodermie in seinem Falle. Bei dem Patienten war es schon in den ersten Monaten zu völligem Schwund der Kopf- und Barthaare gekommen ohne sichtbare Veränderungen der Haut. Diese Alopecie weist darauf hin, daß die exfoliierende Erythrodermie, die Erkrankung des Lymphosystems und der völlige Haarschwund koordinierte Folgeerscheinungen eines gemeinsamen auslösenden Faktors darstellen. Über die auslösenden Ursachen des Leidens haben weder die klinisch-anatomische Untersuchung noch das Tierexperiment einen Aufschluß gebracht. Von Tuberkulose konnte nichts nachgewiesen werden, auch im Bereiche des hyperplastischen Drüsensystems hatte das proliferierte Gewebe nicht den spezifischen Charakter. Die retikulierte Melanodermie ließ im Verein mit den asthenischen Erscheinungen an eine Erkrankung der Nebenniere denken, auch hierfür war kein Anhaltspunkt gegeben. Viktor Bandler (Prag).

Šamberger, Fr. Weitere Erkenntnisse über die lymphatische Hautreaktion. Pathogenese der Pemphigusblase. Wiener med. Wochenschr. 1918. Nr. 8—12.

Die vorliegende Arbeit ist eine Fortsetzung der Studie „Über die entzündliche und urticarielle Hautreaktion" und bildet einen Versuch zur Erklärung der Pathogenese der Pemphigusblase. Urtica und Pemphigusblase sind der Ausfluß einer Hypersekretion der Lymphe, die bei der Urtica im Corium, bei der Pemphigusblase in den Papillen und im Epithel stattfindet. Bei der Pathogenese spielt die Vagotonie eine bedeutende Rolle. Die Blase beim vagotonischen Syndrom ist gleich der Urtica der Ausdruck einer Selbsthilfe des nach Sauerstoff durstenden Gewebes. Durch dieselbe trachtet das Gewebe seine Durchblutung zu regulieren, deren es bedarf und die im ersten Stadium der Wirkung der toxischen Substanz auf den Sympathicus infolge Reizung des Sympathicus durch die toxische Substanz vor seiner Lähmung gestört wurde. Das Gewebe ist ge-

nötigt, Blut durch Hyperproduktion von Lymphe anzusaugen und daher Pemphigusblasen durch Störung der Innervation des vegetativen Systems zu bilden, speziell durch Störung der Funktion des Nervus sympath., wodurch eine Kontraktion der Gefäße und daher ein ungenügender Blutzufluß durch die betreffenden Gefäße zum Gewebe zustande kam. Aus der Physiologie der Haut wissen wir, daß der Mensch mit seiner Haut atmet. Die Fältelung der Haut, die zur Papillenbildung führt, hat sicher den Zweck, die Atmungsfläche der Haut möglichst groß zu gestalten. Die Papillen der Haut sind sicher Gebilde, die der Atmung dienen. Daher ist die Beobachtung Prokops zu verstehen, der in Fällen von Tod durch Verschüttung Blutsuffusionen als das makroskopisch sichtbare Zeichen einer abnormen Blutüberfüllung in der Brusthöhle und in der Haut, also in den Atmungsorganen vorfand. Für die Entstehung der Blasen bei Verschütteten bringt Šamberger folgende Erklärung: der Sauerstoffmangel treibt alles ihm zur Verfügung stehende Blut mit derart mächtiger Kraft in das Hilfsorgan der Atmung, die Haut, daß infolge des Gefäßinnendrucks die Gefäßwände bersten. Offenbar vermag das Gesetz von Mareš über die hämodynamische Wirkung der Lymphe krankhafte Erscheinungen in der Dermatologie zu erklären. Das Studium der Pemphigusblase führt zu dem Schlusse, daß die lymphatische Hautreaktion dem Sauerstoffhunger des Organismus ihre Entstehung verdankt. Die Pemphigusblasen sind Ausdruck und Effekt einer Selbsthilfe des nach Sauerstoff lechzenden Organismus. Die Veranlassung ist einmal ein lokaler Sauerstoffmangel in der Haut selbst infolge von Innervationsstörungen im sympathischen System, das andere Mal ein allgemeiner Sauerstoffmangel des ganzen Körpers. Viktor Bandler (Prag).

Hofmann, E. Eine bisher unbekannte Bakterienart als Befund bei einer eigenartigen Erkrankung der Haut. Centralbl. f. Bakt. u. Parasitenk. I. Bd. LXXXI. p. 500.

Hofmann beschreibt den Fall eines 28jährigen Patienten, bei welchem im Anschluß an eine Stacheldrahtverletzung am r. Unterschenkel eine Hauterkrankung auftrat, die mit der Bildung von entzündlichen bis fünfmarkstückgroßen Knoten einherging. In der Umgebung Ödem und Druckschmerzhaftigkeit. Abklingen der akuten Erscheinungen im Verlauf von 2 Wochen, doch blieben Reste der knotigen Infiltrate bestehen. Histologische Untersuchung durch Hansemann ergibt: „Altes Granulationsgewebe mit Übergang in sklerotisches Bindegewebe. Erweiterte Talgfollikel." Bakteriologisch im Punktat eines Knotens: Bacillen mit endständigen Sporen, die dem Bac. tetani verwandt zu sein scheinen, wofür außer der Form auch die große Hitzebeständigkeit der Sporen spricht. Tierversuche geben bezüglich der Pathogenität kein eindeutiges Resultat. Das Patientenblut gab keine Agglutination, wohl aber das eines intravenös geimpften Kaninchens. Walter Pick (Wien).



Christoffersen. Ödema circumscriptum Quincke und seine Pathogenese. Ugeskrift for Laeger 1919. Nr. 9. p. 381 bis 397.

Kasuistische Mitteilung. Harald Boas (Kopenhagen).

Faber, Knud. Über das akute circumscripte Ödem in der dänischen medizinischen Literatur. Ugeskrift for Laeger 1919. Nr. 10. p. 448—449.

Faber weist nach, daß Lange das circumscripte Ödem schon 5 Jahre vor Quincke beschrieben hat. Harald Boas (Kopenhagen).

Magnus, H. R. Zwei Fälle von Ödema circumscriptum Quincke. Ugeskrift for Laeger 1919. Nr. 26. p. 1069—1071·

Kasuistische Mitteilung. Bei beiden Patientinnen wurde auch Glottisödem gefunden. Harald Boas (Kopenhagen).

Meirowsky. Über drei Fälle von circinärer Hautgangrän. Münch. med. Wochenschr. 1916. Nr. 37. p. 1322.

Mitteilung 3 Fälle von circinärer bis auf die Muskulatur sich erstreckende Gangrän an den Unterschenkeln, die mit Ödem des Gesichtes oder der Unterschenkel einherliefen. Mikroskopisch wurde ein grampositiver Bacillus nachgewiesen. Alfred Perutz (Wien).

Nobl, G. Zur Ätiologie des Lichen ruber planus. Münch. med. Wochenschr. 1916. Nr. 36. p. 1288.

An der Hand zweier selbstbeobachteter Fälle wäre im Sinne der Infektionstheorie höchstens auf eine besondere Beschaffenheit des Nährbodens zu schließen, welche gelegentlich in einer eigenartigen familiären Hautveranlagung zum Ausdruck käme.

Alfred Perutz (Wien).

Maier, F. Nephritis bei Impetigo contagiosa. Münch. med. Wochenschr. 1917. Nr. 7. p. 215.

Es wird auf die in ihrer Prognose zweifelhaft auftretende Nephritis bei I. c. hingewiesen und empfohlen, bei dieser Erkrankung nie die Urinuntersuchung zu versäumen. Alfred Perutz (Wien).

Kraus, A. Über Pyodermatosen. Wiener med. Wochenschr. 1917. Nr. 43.

Es gibt, wie das reiche Beobachtungsmaterial des Autors zeigt, mit und ohne Dermatozoonosen Pyodermatosen sowohl allgemeiner als circumscripter Lokalisation. Unter denen der letzten Art verdienen die pyodermatischen Prozesse in der Gegend des Genitales aus Gründen der Verwechslung mit Ulcus molle und luetischen Prozessen besondere Beachtung. Viktor Bandler (Prag).

Luce, H. und J. *Feigl.* Über Luminalexantheme, zugleich ein Beitrag zur Behandlung der Chorea infantum. Therap. Monatsh. 1918. H. 7. p. 236.

In 3 von 5 mit Luminal behandelten Choreafällen wurden scharlach- und masernähnliche Exantheme beobachtet, die ganz akut, zweimal mit Temperaturerhöhungen bis 39°, meist im Gesicht und am Hals einsetzten und sich dann innerhalb von 1—2 Tagen über



Rumpf und Extremitäten ausbreiteten. In einem Fall waren auch die Conjunctiven, die Mund- und Rachenschleimhäute beteiligt. Die Dauer des Exanthems betrug 4—7 Tage, das Fieber pflegte seinen Höhepunkt in 1—2 Tagen zu erreichen, um dann in unregelmäßigen Remissionen zur Norm zurückzukehren. Nur bei genauem Zusehen konnte hier und da feinste Desquamation beobachtet werden. Was die Pathogenese der Luminalexantheme anbelangt, so weisen Verff. in Anbetracht der Tatsache, daß es sich in ihren Fällen um herz-, gefäß- und nierengesunde Kinder gehandelt hat, die Straussche Hypothese, die dem zirkulatorischen Moment ätiologische Bedeutung beimißt, zurück, desgleichen halten sie es für verfehlt, den Begriff der Anaphylaxie zur Erklärung pharmakotoxischer klinischer Erscheinungen heranzuziehen, vielmehr glauben sie, die Ursache der Luminalexantheme in toxischer Schädigung des neurovasculären Apparates und in vasomotorischen Einflüssen bei vorhandener Prädisposition suche zu müssen. Sigismund Bochyński (Würzburg).

Sachs, O. Über ein noch nicht beschriebenes Erythema toxicum nach externer Anwendung von Amidoazotoluol medicinale „Agfa". Wien. klin. Wochenschr. 1917. Nr. 32.

Der Autor beobachtete nach Anwendung von pulverförmigen Amidoazotoluol auf ein luetisches Geschwür der Tibia am 5. Tage unter Temperatursteigerung, Schwellung und Rötung der ganzen unteren Extremität, Auftreten eines Erythems im Gesichte und Handrücken, Conjunctivitis, Kopfschmerz. Die Diagnose eines toxischen Erythems war durch das klinische Bild gegeben, eine Ursache lag nur in der Anwendung des Amidoazotoluol vor.

Viktor Bandler (Prag).

Oppenheim, M. Über eine durch unreines Vaselin als Salbengrundlage verursachte Hauterkrankung. Wien. klin. Wochenschr. 1916. Nr. 41.

Unter der Einwirkung des Vaselins entstehen auf der Haut weißlichgraue, feinwarzige zerklüftete Efflorescenzen, die auf normaler Haut aufsitzen, einen matten Glanz besitzen und sich derb anfühlen. Durch Confluens solcher Scheiben entstehen Hautveränderungen, welche sich über größere Flächen erstrecken, die an der Peripherie die isoliert stehenden grauen Knötchen erkennen lassen. Dabei fehlen Comedonen, Folliculitiden und Acnepusteln, sowie braune Pigmentierungen gänzlich. Dadurch unterscheidet sich diese Affektion von den Veränderungen der Haut durch Teer, Pech, Anilinfarben, Petroleum usw., weil bei diesen die Epithelwucherungen immer mit Pigmentierung, Comedonenbildung und Acne einhergehen. Die Entwicklung der Affektion geht zumeist von Hautstellen aus, die der Epidermis beraubt sind, und hier erscheinen die ersten Efflorescenzen als neugebildete Epithelinseln, die jedoch bald feinwarzigen Charakter annehmen und über die Grenzen der epithelfreien Partien hinauswachsen. Viktor Bandler (Prag).



Therapie.

Kritzler. Ein einfaches Verfahren zur Unterdrückung im Entstehen begriffener Furunkel. Med. Klin. 1918. Nr. 1. p. 13.

Kritzler bringt auf entstehende Furunkel 15—20 proz. Salicylkollodium in Erbsen- bis Pfennigstückgröße. Wenn nötig, wird das Auftragen des Salicylkollodiums mehrere Male wiederholt. Für schon ausgeprägte Furunkelknoten eignet sich diese Behandlung nicht; hier ist am meisten die Pfropfausbrennung zu empfehlen, welche nur kunstgerecht ausgeführt Erfolg bringt. Ihre Ausführung verläuft folgendermaßen: Feststellen der Haarrichtung, dann Ergreifen einer Hautfalte, in der der Furunkel die Kappe bildet, und sanftes Zusammendrücken der Falte, wobei sich in dem Furunkel ein weißer blutleerer Punkt zeigt, die Pfropfstelle. Hier Einstechen — ohne Loslassen der Falte — einer schwach glühenden Nadel (auf einen Korken gesteckte Stopfnadel genügt) rasch und etwa 3—4 mm tief in der Haarrichtung. Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Knatzahn. Behandlung großer Furunkel oder Karbunkel mit Hautlappenschnitt. Dtsch. med. Wochenschr. 1919. Nr. 15.

Die von Knatzahn empfohlene Operation besteht in einem in Ätherrausch vorgenommenen Kreuzschnitt in 3—4 mm Tiefe über die ganze Oberfläche des Furunkels. Die Hautlappen werden ins Gewinde zurückpräpariert. Darauf lockere Tamponade durch mit Wasserstoffsuperoxyd getränkte Gaze. Diese Methode bewirkte eine vollständigere Gewebsentspannung als die früher üblichen Eingriffe, hemmte die Entzündung, beschleunigte die Eiterausscheidung und führte zu schneller Granulierung der flachen Mulde mit geringerer Schrumpfung als beim Gewebskreuzschnitt. Max Joseph (Berlin).

Weigert, K. Zur Furunkelbehandlung, insbesondere das Auflösen der Haare zur Rezidivverhütung. Dtsch. med. Wochenschr. 1920. Nr. 5.

An einer eigenen Furunkulose und gleichen Fällen aus seiner Praxis erprobte Weigert die ausgezeichnete Heilwirkung der Haeglerschen Methode: Die Umgebung der Furunkel wurde enthaart durch Auflösung mittels Arsentrisulfid gemischt mit 10facher Menge gebrannten Kalks oder besser durch das ungiftige Baryi sulfurati 50,0 Amyli, Zinci oxydati ana 25,0, danach abgewaschen und, um Reizung zu vermeiden, eingesalbt. Hierauf wird zuerst mit Crédéscher Silbersalbe und wenn der virulente Eiter verschwindet mit weicher verriebener Zinkpaste eingefettet. Bei dem Verbandwechsel wird die Haut mit Seifenspiritus gereinigt und eingepudert. Daneben wurden trockene, elektrische Heizkissen, Kleienbäder, Massage, Lanolin und Wachssalben verwendet, um die Widerstandsfähigkeit der Haut zu erhöhen. Max Joseph (Berlin).



Langer, H. Zur Vaccinetherapie der Furunculose des Säuglings. Therap. Halbmonatshefte 1920. p. 138.

Bei der Säuglingsfurunculose kann nach Langer die Vaccinebehandlung nicht im Sinne einer spezifischen Immunisierung aufgefaßt werden, da eine Schutzstoffbildung nicht nachzuweisen ist. Die Vaccinebehandlung ist als eine Proteinkörpertherapie anzusehen und verdient nur deshalb einen Vorzug, weil sie eine stets gleichmäßig konzentrierte und einheitliche Proteinkörperaufschwemmung darstellt. Die Injektion kann täglich vorgenommen werden, 500—1000 Millionen, da die negative Phase der aktiven Immunisierung nicht in Frage kommt. Erfolge sehr günstig. 2—3 malige Injektion genügt in der Regel. Martenstein (Breslau).

Frankenstein, Curt. Zur Frage der aktiven Immunisierung im Säuglingsalter unter besonderer Berücksichtigung der Vaccinebehandlung der Furunkulose. Zeitschr. f. Kinderheilk. 1920 Bd. XXV. p. 12.

Verf. kommt an Hand von Untersuchungen an 20 Neugeborenen und zahlreichen neugeborenen Kaninchen zu dem Schlusse: Neugeborene und junge Säuglinge sind nicht imstande, spezifische Antikörper zu bilden. Der bisherige Standpunkt der aktiven Immunisierung der Säuglinge muß aufgegeben und es muß angenommen werden, daß bei der Vaccination keine spezifische Immuntherapie, sondern eine Proteinkörpertherapie im Weichhardtschen Sinne (= unspezifische Leistungssteigerung durch Eiweißspaltprodukte) getrieben wird. — Demzufolge ist die Behandlung der Säuglingsfurunkulose (gemeint sind wohl die multiplen Schweißdrüsenabscesse) so zu gestalten, daß täglich große Dosen Vaccine gespritzt werden. Auf diese Art wurden bei den schwersten Formen der Säuglingsfurunculose sehr gute Resultate erzielt: 1. Die Heilung ist eine dauernde; 2. sie wird wie bisher mit keiner anderen Therapie in sehr kurzer Zeit erzielt.

Dosen, die beim Erwachsenen starke Reaktionen verursachen würden, wurden vom Säuglinge ohne den geringsten Schaden ertragen.

Martin Friedmann (Breslau).

Bruck, Franz. Ein kleiner Kunstgriff bei der Verwendung des Heftpflasters zur Bedeckung von Fingerwunden. Med. Klin. 1917. Nr. 11. p. 313.

Da beim Waschen der Hände das etwaige Wunden bedeckende Pflaster sich löst und immer Klebmasse auf der Haut zurückläßt, empfiehlt es sich nach Bruck, auf die klebenden Rückstände Talkum zu bringen, und zwar mit etwas Watte. Dann ist der Finger sofort wieder gebrauchsfähig, da er an den berührten Gegenständen keine Pflasterteilchen zurückläßt. Fritz Juliusberg (Braunschweig).

v. Notthaft. Über eine neue Salbengrundlage „Laneps". Med. Klin. 1917. Nr. 8. p. 212.

v. Notthaft berichtet über seine Erfahrungen mit der von Friedr. Bayer & Co., Leverkusen, hergestellten Salbengrundlage



„Laneps“. Das Neue an dieser Salbengrundlage ist, daß die zu ihrer Herstellung verwendeten viscosen Öle auf synthetischem Wege durch Kondensation aromatischer Kohlenwasserstoffe hochmolekularer Komplexen gewonnen werden. Durch geringen Zusatz fester Stoffe, wie Paraffin und Wachs, werden die zähflüssigen geruchlosen Öle in Salbenform übergeführt. Nach den Erfahrungen des Verf. handelt es sich um eine gut verreibbare weiche, homogene, geruchlose Salbengrundlage. Die Salbe ist reizlos und zeigt keine Nachteile gegenüber den früher verwendeten Salbengrundlagen. Hinsichtlich seiner Wasseraufnahmefähigkeit ist Laneps ein guter Lanolinersatz. Nicht ersetzt sind durch Laneps die Öle. Soweit solche in der Dermatologie nötig sind, lassen sie sich durch Lanolinemulsionen und Eucerinemulsionen herstellen. Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Westberg, Fr. Impermeable (Priessnitzsche) Verbände mit Guajacolvasogen. Med. Klin. 1918. Nr. 27. p. 667.

Für die Behandlung von Trichophytien empfiehlt Westberg nachts Umschläge mit 10proz. Guajacolvasogen. Der Verband wird aus mit Guajacolvasogen getränkten, mehrfach zusammengelegten Mullstreifen (nicht Watte!) gemacht, darüber kommt Billrothbattist, dann Watte, dann die Binde. Tagsüber wird folgende Salbe verwendet: Hg oleinic. 2,0, ungt. lanolini ad 20,0. Später Behandlung mit weißer Präcipitatsalbe und 2proz. Salicylspiritus.

Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Grell. Hypophysin bei senilem Hautleiden. Med. Klin. 1918. Nr. 44. p. 1095.

Grell, ein schon bejahrter Arzt, versuchte bei sich selber gegen tylotische Ekzeme der Handteller und Fußsohlen Hypophysintabletten (zweimal täglich eine Tablette zu 0,001) und zwar mit gutem Erfolge. Gleichzeitig gute Beeinflussung eines Keratoms auf der Nase, von Prostatablutungen und Glaskörpertrübungen. Schlechte — vorübergehende — Wirkung auf den Puls.

Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Plagemann, H. Der unterbrochene Salbenverband zur Beschleunigung der Wundheilung und Ersparnis von Salbe. Med. Klin. 1918. Nr. 45. p. 1113.

Plagemann empfiehlt bei Verbänden von Wunden mit Salben einen unterbrochenen Salbenverband anzulegen, indem die Salbe streifenweise nach Art des luftdurchlässigen Heftpflasters aufgetragen wird. Die von Salbe freibleibenden Mullstreifen saugen das überfließende Wundsekret auf und regen eine gesunde Granulationsbildung unter den Salbenstreifen des Verbandes an. Die Fähigkeit, das Wundsekret aufzusaugen, wird durch Anfeuchten des Salbenverbandes vermehrt. Solche angefeuchteten unterbrochenen Salbenverbände eignen sich zu Dauerverbänden und können 2—3 Wochen liegen bleiben. Fritz Juliusberg (Braunschweig).



Pariser, Otto. Die Wundbehandlung im Kriege (Erfahrungen mit Almatein). Med. Klin. 1918. Nr. 43. p. 1067.

Pariser empfiehlt für infizierte Wunden das Almatein, ein Präparat, welches aus Formalin und Hämatoxylin hergestellt ist. Auch bei Ulcus cruris kam es mit Erfolg zur Anwendung.

Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Steiger, A. Über das Druckgeschwür am Fuß und seine Behandlung. Med. Klin. 1918. Nr. 17. p. 415.

Steiger rät beim „mal perforant du pied“ zur Abnahme des Fußes, wenn eine sonstige Therapie nicht schnell zum Ziele führt. Man untersucht zunächst den Zustand der Schlagadern am Unterschenkel und am Fußrücken. Sind die Pulse erhalten, so kann man eine trophoneurotische Grundlage allein annehmen und zuwarten. Fehlen diese dagegen, so soll man bald an die Abnahme des Fußes denken.

Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Werler. Die Bedeutung und die Vorzüge des Kollargols für die moderne Kriegschirurgie. Med. Klin. 1918. Nr. 11. p. 268.

Nach Werlers Erfahrungen ist das Kollargol ein zuverlässiges, reizloses, ungiftiges, geruchsfreies und durch das Fehlen schädlicher Nebenwirkungen ausgezeichnetes Wundheilmittel. Man kann es in Form der dünnen Tabletten oder in Lösungen zu 1000 bis 1 : 5000 verwenden. Ein lokales Antisepticum in Salbenform ist die Unguentum Credé.

Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Levy-Lenz, L. Erfahrungen mit dem neuen Procutanverfahren. Med. Klin. 1918. Nr. 39. p. 966.

Levy-Lenz machte Versuche mit dem Ersatz der Salbengrundlagen durch Procutan und fand, daß das Procutan in den meisten Fällen einen vollwertigen Ersatz für die Salbengrundlagen darstellte.

Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Ritter, Carl. Zur Behandlung der Verbrennungen. Med. Klin. 1918. Nr. 35. p. 851.

Ritter hat bei Verbrennungen die von Sonnenburg und Tschemark empfohlene Behandlungsmethode nachgeprüft. Die Behandlung besteht darin, daß jede Verbrennung wie eine frische Wunde behandelt und einer energischen Desinfektion unterzogen wird. Ritter ist mit dieser Methode außerordentlich zufrieden. Er nimmt an, daß nicht bloß die Abspülung und Auswaschung der Infektionsträger die guten Erfolge bedingt, sondern daß auch durch die Hervorbringung einer kräftigen vorübergehenden Blutfülle im Sinne Biers die guten Wirkungen mitbedingt werden.

Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Neuschaefer. Trypaflavin, ein sehr wirksames, ungiftiges Antisepticum. Med. Klin. 1918. Nr. 34. p. 839.

Neuschaefer verwandte das Trypaflavin (Diaminomethylacridiniumchlorid) in Lösung von 1 : 1000 zur Benetzung der Gaze,



mit denen er frische und eiternde Wunden bedeckte. Zum Abspülen eiternder Wunden und Ausspülen von Höhlenwunden nahm er folgende Mischung: Trypaflavin 1 : 500 und Kochsalz 50 : 500.

Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Moser, Ernst. Operation des eingewachsenen Nagels. Med. Klin. 1918. Nr. 32. p. 789.

Moser führt den Schnitt bis auf den Knochen; die ganze Nagelmatrix, also ein etwa 1 cm breites Stück, wird excidiert. Bei starker phlegmonöser Entzündung wird dann noch die Excision des seitlichen Nagelfalzes ein kleines Stück weit, aber niemals bis zum distalen Nagelende, angeschlossen. Die Operation hat sicheren Erfolg. Die entstehenden Narben sind von guter Beschaffenheit.

Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Schäffer, J. Behandlung von Hautkrankheiten mit einfachen Mitteln. Med. Klin. 1918. Nr. 2, 3, 4, 5. p. 27, 56, 84, 106.

Schäffer läßt der Besprechung der einzelnen Hautkrankheiten einen allgemeinen Abschnitt vorausgehen. Was den Ersatz von Arzneistoffen, die im Kriege knapp geworden sind, betrifft, so ist der Ersatz mancher aus dem Ausland bezogener Salbengrundlagen von Wichtigkeit. Geeignet als Ersatzmittel für das Vaselinum flavum ist mit viel Wasser gemischtes Lanolin oder Adeps lanae, Laneps und das manchmal allerdings reizende Unguentum neutrale. Für empfindliche Haut kommt Eucerin in Betracht. Von den Schüttelmixturen ist ausgedehntester Gebrauch zu machen. Zu empfehlen sind ferner alkoholische medikamentöse Pinselungen, als Ergänzungsmittel der sonst üblichen Lokaltherapie, zu ihrer Verstärkung und Vereinfachung. Schäffer empfiehlt folgende spirituöse Lösungen: 10 proz. Arg. nitric. (in etwa 60 proz. Spiritus gelöst), 10 proz. spirituöse Anthrasollösung, als besonders vielfach verwendbar eine 5—10 proz. Salicyl-Resorcin-Spirituslösung, die gewöhnliche Tinctura jodi auch verdünnt, 10 proz. alkoholischen Pyrogallusspiritus und für die Furunkelbehandlung Acidum carbolicum spiritu liquefactum. Reichlicher als im allgemeinen sollte vom feuchten Verband mit impermeablem Abschluß Gebrauch gemacht werden. Außer den bekannten Wassern zu solchen Verbänden empfiehlt der Verf. für schwer beeinflußbare Fälle folgende Lösung: Arg. nitric. 0,1 zu Spiritus (20% (200,0 (schwache Sparginlösung) und Arg. nitric. 0,2 zu Spiritus (30%) 200,0 (stärkere Sparginlösung).

Pyodermien: Bei den oberflächlichen Formen sah Schäffer die besten Resultate von einer Zinnober-Schwefel-Schüttelmixtur, deren Ingredienzien man auch verstärken kann. Bei Überempfindlichkeit gegen Schwefel ist eine 10 proz. Boluphenschüttelmixtur anzuwenden. Bei starker Sekretion und reichlicher Krustenbildung sind Salben am Platze, z. B. Zinnober-Schwefelsalbe. Zur Nachbehandlung der Scabies und Pedikulosis ist folgender Puder zu empfehlen: Cinnaberis 2,0 Sulf. praecipitat. 3,0 Talci ven. ad 100,0. Für



tiefer gehende pyodermische Prozesse sind zur Verstärkung der Behandlung die obigen spirituösen Pinselungen zu verwenden. Bei Furunkeln ist die übliche Pflasterbehandlung die geeigneteste und bequemste. Über die bei Furunkel anzuwendenden Pinselungen äußert sich der Verf. in folgendem Satz: „Argentum dient besonders zur Desinfektion und Verhütung der Bakterienverschleppung, Jodtinktur zur Beseitigung tiefer Infiltrate und Acidum carbol. zur schnelleren Einschmelzung, wenn die Nekrose nicht mehr zu vermeiden ist.“ Flüssige Carbolsäure, mit zugespitzten Holzstäbchen angewendet, wirkt ähnlich wie der Paquelin. Bei allgemeiner rezidivierender Furunkulose sind Schwefelbäder, Arsen und Vaccinebehandlung zu versuchen.

Ulcera cruris: Zu Beginn sehr milde Salbenbehandlung, ähnlich wie beim Ekzem, etwa Thigenol-Zink-Wismutsalbe oder 1 proz. Tumenolzinkpaste, für manche Fälle sind feuchte Umschläge zu empfehlen.

Scabies: Perugen und Ristin sind brauchbare Präparate. Zur Nachbehandlung empfiehlt sich folgende Salbe: Perugen 6,0 Bismut. subnit. 3,0 Eucerin ad 30,0.

Psoriasis: Cignolin ist auch gut zur ambulanten Behandlung zu verwenden. Für milde Psoriasiskuren eignet sich eine Anthrasol-Weiße-Präcipitatsalbe.

Das Referat konnte natürlich nur einiges besonders Bemerkenswertes herausgreifen. Wer sich mit der Therapie von Hautkrankheiten besonders zu befassen hat, wird zweckmäßig die Ausführungen des erfahrenen Therapeuten im Original durchlesen.

Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Rheins. Über ein altes, sehr gut wirkendes Streupulver. Med. Klin. 1917. Nr. 33. p. 893.

Das von Rheins empfohlene Streupulver stellt eine Modifikation des alten Streupulvers contra Erysipelas dar und hat folgende Zusammensetzung: Argilla, Cerussa, Farina fabarum aa (Tonerde, Bleiweiß, Bohnenmehl). Die Hauptanwendung findet dieses Streupulver bei kleinen erysipelatösen Herden, Erythemen jeder Art, bei lymphangitischen Entzündungen der Unterschenkel Menstruierender, bei beginnenden Lymphdrüsenschwellungen des Halses, der Achselhöhle der Schenkelbeuge usw. Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Bachem, C. Pharmakologische Untersuchungen über Glykol und seine Verwendung in der Pharmazie und Medizin. Med. Klin. 1917. Nr. 1. p. 7.

Bachem empfiehlt als Ersatzpräparat für Glycerin gegenüber dem von anderer Seite bevorzugten Perkaglycerin, dem aber verschiedene Mängel anhaften (es löst verschiedene Medikamente schlecht und hat in Verdünnung geringe konservierende Eigenschaften), das Glykol (Äthylenglykol), $C_2H_2(OH)_4$. Das Glykol ist eine sirupöse klare farblose oder schwach gelbliche Flüssigkeit, mit Was-



ser und Alkohol in allen Verhältnissen mischbar. Seine Hygroskopizität ist stärker als die des Glycerins. Wo eine große Hygroskopizität und die damit verbundene Reizung nicht erwünscht ist, ist ein Zusatz von 10—15 Vol./Prozent Wasser zu empfehlen. Glykol kann gut mit vielen Präparaten der Pharmazie vermischt werden, nur nicht mit fetten und ätherischen Ölen, Jodvasogen. Es ist auch zu den meisten kosmetischen Verordnungen verwendbar. Als Geruchskorrigens empfiehlt sich eine minimale Menge (1 Tropfen auf etwa 50 g) des künstlichen Orangenblütenöls (synthetisches Neroliöl der Firma Schimmel & Co.) zuzusetzen. Das Glykol hat ferner fermenthemmende und fäulniswidrige Eigenschaften. Es wird unter dem Namen Tego-Glykol von Goldschmidt A.-G. in Essen hergestellt.

Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Mayer, Paul. Bemerkungen zu der in Nr. 1 dieser Zeitschrift erschienenen Arbeit von C. Bachem: Pharmakologische Untersuchungen über Glykol und seine Verwendung in der Pharmazie und Medizin.

Bachem, C. Schlußwort zu vorstehenden Bemerkungen des Herrn P. Mayer. Med. Klin. 1917. Nr. 11. p. 312.

Mayer warnt auf Grund eigener Experimente (Zeitschr. f. physiol. Chemie 1913. Bd. XXXVIII. Heft 1/2) vor der inneren Anwendung des Glykols und mahnt auch bei der äußeren Applikation zur Vorsicht. Bachem widerspricht diesen Annahmen. Bezüglich der Begründung sei auf das Original verwiesen.

Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Hayward. Boluphen in der Wundbehandlung. Med. Klin. 1917. Nr. 21. p. 583.

Hayward kommt nach seinen Beobachtungen zu dem Schlusse, daß das Boluphen, ein Formaldehyd-Phenolkondensationsprodukt mit Bolus die austrocknende Wirkung des Bolus mit der resorptionsverhindernden des Phenols verbindet und sich zur schnellen Reinigung und Desodorierung schwierig belegter Granulationen eignet.

Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Strauß, M. Zur Prophylaxe der Frostgangrän. Med. Klin. 1917. Nr. 18. p. 503.

Strauß äußert sich eingehend über die zum Zustandekommen einer Frostgangrän mitwirkenden Fehler in der Bekleidung der Unterschenkel und Füße und über die ungünstige Einwirkung allgemeiner Krankheitszustände. Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Eitner, Ernst. Über Unterpolsterung der Gesichtshaut. Med. Klin. 1920. Nr. 4. p. 93.

Bericht über zwei Fälle von Entfernung von kosmetisch unschön wirkenden resp. störenden Paraffininjektionen und Ersatz der eingesunkenen Haut im ersten Falle durch Haut der Unterbauchgegend im zweiten Falle durch präparierte Teile eines Bruchsackes.

Fritz Juliusberg (Braunschweig).



Nordmann, O. Wesen und Behandlung der Hämorrhoiden. Med. Klin. 1920. Nr. 5. p. 111.

Sehr eingehende Bearbeitung des Themas, mit besonderer Berücksichtigung der operativen Therapie.

Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Brodfeld, Eugen. Kosmetische Winke. Med. Klin. 1919. Nr. 44. p. 1093.

Die Ausführungen enthalten für die Leser dieser Zeitschrift nur Bekanntes. Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Frank, Hermann. Über die Beziehungen von Eiterung und Nekrose mit ihrem Einfluß auf die Behandlung des Karbunkels und Panaritiums durch den praktischen Arzt. Med. Klin. 1919. Nr. 46. p. 1133.

Die Ausführungen Franks über die Behandlung des Furunkels resp. Karbunkels und des Panaritiums, die besonders auf die Indikationen zum operativen Vorgehen und auf die Technik der Operation eingehen, lassen sich im Rahmen eines kurzen Referates nicht mit der Gründlichkeit wiedergeben, wie es in Hinsicht auf die Gründlichkeit der Abhandlung erforderlich wäre. Die Arbeit hat nicht nur für den praktischen Arzt Interesse; ihre Kenntnis sei auch den Ärzten unseres Faches dringend empfohlen.

Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Dollinger, A. Die häufigsten Hauterkrankungen des Säuglings- und Kleinkindes in der Sprechstunde des praktischen Arztes. Med. Klin. 1919. Nr. 50, 51, 52. p. 1259, 1285, 1313.

Dollingers Ausführungen, die in einen allgemeinen und in einen speziellen Teil zerfallen, stellen eine für den Praktiker ausgezeichnete Abhandlung über das Thema der Überschrift dar. Neben der allgemeinen ist auch die lokale Behandlung recht eingehend dargestellt und in musterhafter Weise auf die Technik der Behandlung eingegangen. Referieren läßt sich diese längere Arbeit nur schlecht, aber den Fachkollegen sei die Behandlung des Themas durch einen Kinderarzt warm empfohlen.

Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Eitner, Ernst. Zur Kasuistik des sogenannten Paraffinoms. Med. Klin. 1919. Nr. 3. p. 67.

Bei Eitners Fällen war aus kosmetischen Rücksichten, in einem der Fälle wegen syphilitischer Sattelnase, eine Paraffininjektion gemacht worden, die nach längerer Zeit, längst nach Ablauf der normalen Reaktion, zu der Bildung einer knorpelharten Geschwulst geführt hatte. Diese Fälle mahnen zu Vorsicht bei Vornahme der Paraffininjektionen, zumal man die meisten der Fälle, für die sie in Betracht kommt, auf andere Weise besser und sicherer korrigieren kann. Fritz Juliusberg (Braunschweig).



Marwedel. Die Behandlung schlecht heilender Hautgeschwüre insbesondere mit Umschneidung nach Nußbaum-Stolze. Med. Klin. 1918. Nr. 52. p. 1271.

Nachdem Marwedel auf die Schwierigkeit hingewiesen hat, schlecht heilende Hautgeschwüre zur Verheilung zu bringen und in dieser Hinsicht von alten Verfahren besonders auf den Wert warmer Kamillenumschläge hingewiesen hat, betont er auf Grund eigener Erfahrungen, daß das Stolze-Nußbaumsche Verfahren der Umschneidung schlecht heilender Hautgeschwüre, besonders bei Geschwüren mit narbigen Rändern, die weitgehendste Anwendung verdient. Es erscheint zweckmäßig, den Entspannungsschnitt 2 cm vom peripheren Narbenrand anzulegen und zur Beschleunigung der Heilung Geschwüre sowohl wie Schnittwunden sofort, womöglich in gleicher Sitzung, mit Thierschschen Transplantationen zu überdecken. Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Heidelberger, Conrad. Kieselsäure-Deckpulver als Verbandstoffsparer. Med. Klin. 1918. Nr. 49. p. 2114.

Heidelberger empfiehlt Emede-Wundpulver, welches feinkolloidales Magnesiumsilikat enthält, vor allem zur Bedeckung von Pyodermien und Oberflächenwunden, auch wenn sie eitrige Sekrete absondern, ferner bei papulösen Ekzemen, Balanitis, bei Ulcus cruris, Verbrennungen usw. Das Pulver wird entweder trocken aufgetragen oder mit wenig Wasser angerührt als Wasserpaste verwendet.

Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Zuntz, N. Beeinflussung des Wachstums der Horngebilde (Haare, Nägel, Epidermis) durch spezifische Ernährung. Ein Beitrag zur Kenntnis der Sondernährstoffe. Dtsch. med. Wochenschr. Nr. 6. 1920.

Im Experiment an sich selbst stellte Zuntz fest, daß nach Genuß von durch Hydrolyse verdaulich gemachter Hornsubstanz das Wachstum der Kopfhaare binnen 2 Monaten von 5 mg täglich auf 9,22 mg täglich stieg. Versuche an Schafen ergaben, daß nach Verfütterung von Hornhydrolysat die Wollhaare erheblich fester und dicker wurden, ein volkswirtschaftlich gut zu verwertendes Resultat. Bei beginnender Kahlköpfigkeit konnte Verf., falls die Haarwurzeln noch intakt waren, mit der bei sich selbst erprobten Darreichung das neue Wachstum längerer und kräftigerer Haare erzielen. Bei der Herstellung der Hornpräparats muß mit Geschicklichkeit die Zersetzung des Cystins vermieden werden. Von der Firma Fattinger & Co., Berlin, Dorotheenstr. 35, werden zwei hydrolysierte Hornpräparate hergestellt, das Humagsolan für Menschen, das Ovagsolan zur Verfütterung bei Schafen. Zum Schluß macht Verf. darauf aufmerksam, daß Arsen und Kieselsäure nicht nur die Wachstumsverhältnisse der roten Blutkörperchen, sondern auch die Entwicklung der Haare und Oberhautgebilde beeinflussen. Max Joseph (Berlin).



Friedenthal, Hans. Über Abkömmlinge des Carbols als Mittel zur äußeren Desinfektion (Grotan und Sagrotan). Therap. Halbmonatshefte 1920. p. 16.

Carbol und seine Derivate Grotan und Sagrotan eignen sich besonders als Desinfektionsmittel, da ihre Wirkung durch die Gegenwart von Eiweißkörpern und durch die oxydierenden und reduzierenden Prozesse der Lebewesen nicht so stark wie bei anderen Desinfektionsmitteln beeinträchtigt wird. Verf. empfiehlt besonders das Sagrotan in 5proz. Lösung, mit der ein Tuch durchtränkt wird, das zur Desinfektion von Instrumenten, Händen usw. ausreicht. Sagrotan besitzt nur ganz schwachen Geruch. Grotan ist nicht so empfehlenswert, weil es in Wasser schwer löslich ist. Martenstein (Breslau).

Merian, L. Über Haarentfernungsmittel. Schweiz. med. Wochenschr. 1920. Nr. 19. p. 369.

Merian wünscht, daß sich die Ärzte wieder mehr um die Kosmetik bekümmern, und zwar speziell um die Entfernung unerwünschter Haare. Dieser Zweig der Medizin drohe ganz in die Hände der Laien zu geraten. Von den Enthaarungsmethoden scheinen ihm hauptsächlich drei für die Praxis wichtig zu sein.

1. Die Bimssteinmethode, wofür er das von Hausmann konstruierte Kapillexbesteck verwendet. Verf. will damit in einigen Fällen gute Resultate erzielt haben.

2. Die Elektrolyse bei einer Stromstärke von 1,5—2,5 Milli-Amp. Dauer der Einwirkung 30—50 Sekunden pro Haar. In einer Sitzung sollen wegen Ermüdung von Arzt und Patient nicht mehr wie 30 Haare entfernt werden.

3. Die Röntgenstrahlen. Diese Methode will Verf. nur für die allerhochgradigsten Fälle reserviert wissen, wo evtl. eine leichte Atrophie der Haut in Kauf genommen wird. Er bestrahlt mittels 4 mm Aluminiumfilter und gibt pro Sitzung 8 H. Das Zahnfleisch soll durch eine Bleigummiplatte geschützt werden. Nach der Bestrahlung zeigt sich in der Regel eine Schwellung der Mundschleimhaut und der Speicheldrüsen mit Gefühl von Trockenheit und Durst. Die zweite Bestrahlung soll nicht vor Ablauf von 8 Wochen vorgenommen werden. Max Winkler (Luzern).

Iten, J. Das Galvanometer-Röntgenstrahlen-Dosimeter. Schweiz. med. Wochenschr. 1920. Nr. 20. p. 393.

Verf. beschreibt ein neues Instrument zur Messung der Röntgenstrahlenmenge. Er benützt dazu ein Drehspulgalvanometer, das mit einer transparenten Skala versehen und mit dem Lichtnetz verbunden ist. Andererseits steht das Galvanometer mit einer Ionisationskammer aus Aluminium in Verbindung, die am Bestrahlungsstativ so befestigt ist, daß alle den Patienten treffenden Strahlen die Kammer passieren müssen. Der Ausschlag des Galvanometers gibt dann das Maß der Strahlen an und ist nur noch mit der Bestrahlungszeit zu multiplizieren, um die Dosis zu erhalten.



Das Instrument soll sehr wenig Fehlerquellen aufweisen und von Arzt und Hilfspersonal leicht zu handhaben sein.

Max Winkler (Luzern).

Grossmann, M. Die Verwendung des Ichthyols bei Nasenkrankheiten. Med. Klin. 1917. Nr. 49. p. 1291.

Veranlaßt durch die Erfolge der Hautärzte mit Ichthyol hat Grossmann dieses Präparat in wäßrigen Lösungen von 5—30% bei verschiedenen Nasenkrankheiten verwendet, so zur Behandlung der Ozaena und des akuten Schnupfens. Er ist von den Erfolgen befriedigt. Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Engelen, Paul. Neuer Apparat zur Behandlung der Hautwassersucht. Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. 1915. Nr. 17.

Besteht aus 6 Nadeln mit seitlichen Löchern, durch die Flüssigkeit in eine gemeinsame Sammeldose abfließt. Hergestellt bei L. und H. Löwenstein, Berlin. Kurt Wiener (Breslau).

von d. Velden. Die Punktionsbehandlung der Hautödeme. Therap. Monatshefte 1919. Heft 11. p. 417.

Verf. empfiehlt bei ausgedehntem Hautödem die Punktionsbehandlung warm, der er eine Überlegenheit dem Kanülen- oder Schnittverfahren gegenüber zuerkennt. Bezüglich der Technik s. Originalarbeit. Hans Martenstein (Breslau).

Matz. Temperaturmessung beim Diathermieverfahren. Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. 1915. Nr. 5.

Beruht auf der Messung der elektromotorischen Kraft, die bei der Erwärmung eines Thermoelementes auftritt. Soll besonders bei der Gonorrhöebehandlung verwendet werden.

Kurt Wiener (Breslau).

Jacobsohn, Paul. Wärmetechnik am Krankenbett. Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. 1915. Nr. 1.

Beschreibung der verschiedenen thermo-therapeutischen Methoden einschließlich der modernen Anwendungen der Elektrizität auf diesem Gebiet. Kurt Wiener (Breslau).

Hautdesinfektion und Wundbehandlung mit Joddampf nach Hofrat Dr. Iungengel. Mitt. der Firma Reiniger, Gebbert und Schall, Berlin. Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. 1914. Nr. 1.

Gebläse mit Heizvorrichtung, das die Behandlung mit reinen Joddämpfen ohne Alkohol ermöglicht. Kurt Wiener (Breslau).

Unna, P. G. Pepsin zur äußerlichen Behandlung von epidermalen, cutanen und subcutanen Krankheitsprozessen. Berl. klin. Wochenschr. 1920. Nr. 4. p. 77.

Neben der Kataphorese gelingt die Zuführung von Medikamenten durch die Hornschicht auf osmotischem Wege; sie gründet sich auf die partielle Verdauung der Hornschicht. Drei lösliche Eiweißarten sind in der Hornzelle enthalten: Die äußere Hülle, Keratin A ist im HCl- + Pepsin-Gemisch unverdaulich; der Inhalt besteht aus



Keratin A, das schwer und Hornalbumosen, die leicht verdaulich sind. Das Verdauungsgemisch höhlt dabei die Hornschichtstellen aus, wie man an Schnitten von Fußsohlenhaut zeigen kann. Viel längere Zeit beansprucht die Verdauung von Cutis und unverhorntem Epithel, weil die Kerne und das plastische Gewebe lange Widerstand leisten; kollagenes Gewebe wird leichter verdaut. Daher kann man bei Narben und Narbenkeloiden mit der Verdauungsbehandlung ausgezeichnete Erfolge erzielen; auch bei lupösen, syphilitischen und nach Ulc. durum bleibenden. Etwas langsamer erfolgen sie bei Spontankeloiden, Hautfibromen und Sklerodermien, ja selbst bei Elephantiasis. Sehr günstig wirkt die Verdauungsbehandlung, ferner bei allen Formen von Lymphomen bis hinauf zum malignen Lymphom, gegebenenfalls in Verbindung mit Röntgenbestrahlung. Ebensogut reagiert Granulationsgewebe (Ulc. molle, Fisteln, Ulcera), bei zerfallendem Ca. und Sa. hilft der Verdauungsverband zur Reinigung und Desodorisierung. Ferner bei Hyperkeratosen und Keratomen, wo die sonst durch Salicylate erreichte Wirkung schmerzlos erzielt wird. Technik:

Pepsin 2
Acid. hydrochl. 1
Acid. carbol. 1
Aqu. dest. ad 200,0

damit ein feuchter Verband mit Billrothbatist oder Guttaperchapapier. An histologischen Präparaten wurde ferner studiert, welche medikamentösen Zusätze beim Verdauungsverband mit in die Tiefe befördert werden. Krakauer (Breslau).

Joachimoglu. Zur Frage der Gewöhnung an Arsenik. Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. Bd. LXXIX. p. 419.

Aus angegebenen Versuchen geht hervor, daß der Körper erhebliche Mengen per os zugeführter arseniger Säure aufnehmen kann, die zur therapeutischen Wirkung wohl ausreichen.

Bei langer Darreichung nimmt die resorbierte Menge und damit die therapeutische Wirkung nicht ab. Rudolf Spitzer (Breslau).

Hirschfeld, Hans. Euguform, ein neues Desodorans. Berl. klin. Wochenschr. 1919. Nr. 50. p. 1189.

Eugoform ist ein Kondensationsprodukt aus Guajakol und Formaldehyd, bildet ein graubraunes Pulver, das täglich auf die zu desodorisierenden Herde (bei Ulcer. carcinomatos.) aufgestreut wird. Seine Einführung wird daher sehr empfohlen, zumal es keine reizenden Nebenwirkungen hat. (Von chirurg. Seite ist es vor mehr als 15 Jahren verwandt worden, sein Erfolg war leidlich, ohne den anderer antisaprophytärer Mittel zu übertreffen. Ref.) Krakauer (Breslau).

Weigert, K. Ersparnis von Chloräthyl. Deutsch. med. Wochenschr. 1919. Nr. 44.

Zur Ersparnis von Chloräthyl rät Weigert die Verdunstungskälte zu steigern, indem man den Luftstrom eines kräftigen Gebläses,



z. B. Politzerballs, gleichzeitig mit dem Chloräthylstrahl auf die Haut richtet. Max Joseph (Berlin).

Keppler u. Erkes. Die Technik der praktisch wichtigsten Anästhesierungsmethoden. Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. 1919. Nr. 14.

Zum Referat nicht geeignet. Kurt Wiener (Breslau).

Braine Ploos v. Amstel, P. de. Über Wund- und innere Behandlung von verschiedenen Krankheiten mit reiner amorpher Kohle. Sammlung klin. Vortr. 1918. Nr. 747/48. (Chir. Nr. 209/210.)

Ausführlich kritische historische Studie über die Kohlebehandlung. Tier- oder auch Pflanzenkohle ist, wenn sie rein ist, das ideale adsorbierende Mittel bei Vergiftungen verschiedenster Art (z. B. auch Sublimatvergiftung, Botulismus), wenn das Gift für die Kohle erreichbar ist. Beifügung von Laxantien wie bei Toxodesmin ist nicht nötig, unter Umständen schädlich. Empfohlen wird besonders Norit. Es kommt weniger auf die Herkunft der Kohle (Pflanze oder Tier) an, als auf Herstellungsart und Adsorbtionskraft.

Von dermatologischem Interesse ist, daß an die Kohlebehandlung eitriger Wunden, der Ophthalmobleunorrhöe, Vaginitis infantum usw. erinnert wird. Kurt Wiener (Breslau).

Hartmann-Zila. Das Schicksal des Chinins im Organismus. Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. Bd. LXXXIII. p. 221.

Die Resorption der Chininsalze ist unabhängig von Wasserlöslichkeit und Darreichungsform. Eine Verminderung der Chininausscheidung im Urin bei längerem Gebrauch im Sinne einer Gewöhnung tritt nicht ein. Bei intravenöser und intramuskulärer Einverleibung erhält man hohe Chininkonzentration im Blut bei schnellem Abfall, bei peroraler Anwendung niedrigen aber konstanten Chiningehalt des Blutes. Rudolf Spitzer (Breslau).

Buchholtz. Über die Wirkung der Jodide auf die Zirkulation. Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. Bd. LXXXII. p. 30.

Isotonische und hypertonische NaI-Lösung bis 1% bewirkt keine Änderung des Blutdruckes und der Pulsfrequenz; erst bei 1% wird Herzarbeit und Blutdruck herabgesetzt.

Die Jodide verteilen sich sehr schnell im Körper..

Rudolf Spitzer (Breslau).

Herxheimer, K. und K. *Altmann.* Über Liqor carbonis deterg. Berl. klin. Wochenschr. 1919. Nr. 49. p. 162.

Empfehlung dieses Teerpräparates, insbesondere in der Ekzemtherapie, namentlich dem Ekc. parasit. und der Seborrh. capit. (in 10proz. Spirit.-Lösung mit und ohne Ol. Ricin.). Nach der Vorschrift soll der L. c. d. mit Quillajatinktur hergestellt werden. Diese ist jetzt gar nicht oder nur mit außerordentlichen Kosten zu beschaffen,



kann aber sehr gut durch eine der folgenden, untereinander gleichwertigen Tinkturen ersetzt werden:

Tinct. Hippocastani,
Tinct. Asperulae,
Tinct. Chamomill.,
Tinct. Verbasc.,
Tinct. Urtic.

Krakauer (Breslau).

Többen. Die Therapie der Hyperhidrosis. Deutsch. med. Wochenschr. 1919. Nr. 6.

Als Puder erprobte Többen bei Hyperhidrosis pulverisierte Weinsäure als besonders erfolgreich, als Salbenkomposition das Vestosol, welches 2% Formaldehyd enthält. Dieses wurde 8 Tage lang jeden Morgen dünn auf die Sohlen und zwischen die Zehen eingerieben, wonach bald die Feuchtigkeit und der üble Geruch aufhörten, die wunden Stellen heilten und die Haut glatt, geschmeidig und kräftig wurde. Einmal in der Woche ist ein Reinigungsbad zu nehmen. Das Vestosol eignet sich auch zur Behandlung der Intertrigo.

Max Joseph (Berlin).

Nobl, M. Zur künstlichen Thrombose der Varizen. Wien. klin. Wochenschr. 1918. Nr. 11.

Nobl hat 296 Kranke mit Varizenbildung mittels Injektionen von 1—2 proz. Sublimat oder 4—6 proz. Carbolsäurelösung behandelt und ohne Schmerzreaktion oder sonstige Schädigung durch diese künstliche Thrombose Resultate erzielt, welche gleichzustellen sind denen durch Ligatur und Resektion der Saphena.

Viktor Bandler (Prag).

Cornaz, G. Über die Varizenbehandlung nach der Methode von Linser. Schweiz. Rundschau f. Med. 1920. Nr. 2. p. 17.

Verf. empfiehlt zur Varizenbehandlung Injektionen von 1 proz. Sublimat in die erweiterte Vene nach Linser. Die Injektionen sollen 2 mal wöchentlich gemacht werden, und zwar je 1 ccm pro Injektion. Die Injektionen sollen ziemlich oder fast ganz schmerzlos sein. Die Gefahr einer Embolie bestehe nicht. Bei der Injektion wird jeweilen ein 3—4 cm langes Stück thrombosiert. Die Resultate sollen dauernde sein, vorausgesetzt, daß die Haut nicht durch Vernarbung an der Unterlage fixiert ist.

Max Winkler (Luzern).

Luithlen, Fr. Die Schmerzstillung als Behandlung der Hautentzündungen. Wien. klin. Wochenschr. 1918. Nr. 2.

Luithlen beobachtete bei frischen Hautentzündungen mit starken Schmerzen gute Wirkungen von Umschlägen mit 10 proz. Opiumtinktur oder 1 proz. wäßriger Pantoponlösung. Nach des Autors Untersuchungen hält er es für angezeigt, die Entzündungen der Haut sowohl durch örtliche Schmerzstillung als auch durch innerliche Darreichung der das Nervensystem beruhigenden Mittel zu beeinflussen.

Viktor Bandler (Prag).



Oppenheim, M. Ratanhiasalbe als Überhäutungsmittel. Wien. klin. Wochenschr. 1918. Nr. 16.

Oppenheim machte Versuche mit 10proz. Ratanhiaextrakt, Vaselinsalbe und erzielte bei nicht infizierten Wunden gute Erfolge, weshalb er die Salbe Extr. ratanhae 3,00, Vasel. 30, als sehr geeignetes Überhäutungsmittel empfiehlt. Viktor Bandler (Prag).

Dürig. Zur Behandlung torpider Geschwüre. Deutsch. med. Wochenschr. 1919. Nr. 44.

Für torpide Geschwüre, die sich auf schwer verheilenden Narben von Kriegsverletzungen bildeten, hält Dürig eine Behandlung geboten, die eine bessere Blutversorgung der Narbe erzielt. Hierzu eigneten sich Spülungen mit warmer Kalium-permanganicum-Lösung mittels scharfem Strahl aus einem Irrigator, daneben Wärme und Massage. Diese Medikation empfiehlt sich auch zur Vorbehandlung bei Transplantationen. Max Joseph (Berlin).

Weichardt. Über Proteinkörpertherapie. Münch. med. Wochenschr. 1918. Nr. 22. p. 581.

Die beobachteten Heilerfolge der Proteinkörpertherapie beruhen auf dem Prinzip der „Protoplasmaaktivierung", einer Veränderung des lebenden Organismus, welche nach parenteraler Einverleibung richtiger Dosen von Eiweiß und Eiweißspaltprodukten eintritt. Diese Protoplasmaaktivierung äußert sich in einer Leistungssteigerung der verschiedensten Organsysteme nach verschiedenen Richtungen. Alfred Perutz (Wien).

Grote, L. S. Die Proteinkörpertherapie. (Parenterale Eiweißinjektion.) Zeitschr. f. ärztl. Fordbild. 1919. Nr. 24.

Sammelreferat. Kurt Wiener (Breslau).

Sachs, O. Anaphylaktischer Anfall nach Milchinjektion. Wien. klin. Wochenschr. 1918. Nr. 27.

Aus der mitgeteilten Krankengeschichte ergab sich, daß der Patient im Verlaufe von 9 Tagen 3 Milchinjektionen zu 6, 8 und 10 ccm erhielt. Schon nach der 2. Milchinjektion trat ein 2 Stunden andauernder Schüttelfrost auf. Nach der 6 Tage nach der 2. Milchinjektion applizierten 3. Milchinjektion (10 ccm) traten wenige Minuten nach derselben Kopfschmerzen, Kollaps, klonisch-tonische Zuckungen, Cyanose, Schüttelfrost, Senken der Temperatur auf 35,8, dann Ansteigen derselben auf 39,8°, kaum fühlbarer Puls, Dyspnoe, Gelenkschmerzen, kein Hautexanthem auf. Zu der Epididymitis entwickelte sich noch eine Funiculitis.

Viktor Bandler (Prag).

Friedemann, Ulrich. Über Opsonine und Vaccinetherapie. Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. 1914. Nr. 16.

Kurzer Abriß der Wrightschen Theorie und der späteren Arbeiten auf diesem Gebiete. Kurt Wiener (Breslau).



Strubell, A. Über Staphar (Mast-Staphylokokken-Einheitsvaccine). Deutsch. med. Wochenschr. 1919. Nr. 38.

Die auf chemische Weise aufgeschlossenen und getrennten Partialantigene des Staphylokokkus wurden als Intracutanreaktion am Menschen ausprobiert in einem Verfahren, das sich an die Deycke-Muchsche Methode anlehnt. Ein Mästungsverfahren, welches möglichst viele Lipoide zur Darstellung brachte und die giftigen Eiweißkomponente verminderte, führte zur Herstellung der Maststaphylokokken-Einheitsvaccine „Staphar", welche in Aufschwemmungen von 1 : 1000 verwendet wurde, falls nicht Überempfindlichkeit der Patienten den Gebrauch dieser Konzentration verhinderte. Bei etwa 50 Patienten mit Furunkel, Karbunkel und Acne vulgaris wurden mit Staphar glänzende Heilerfolge erzielt. Bei Folliculitis und Psoriasis versagte das Mittel. Max Joseph (Berlin).

Brösamlen. Über die klinische Bedeutung der eosinophilen Leukocyten bei der Vaccinebehandlung. Zeitschr. f. experim. Pathol. u. Ther. Bd. XX. p. 36.

Verf. fand bei der Vaccinebehandlung von 6 Fällen von Colicystitis je 1 Colipyelitis, chron. Acne und gon. Epididymitis nach jeder Injektion, nach Verlauf weniger Stunden eine Vermehrung der eosinophilen Leukocyten im Blut; dieselbe sei als posttoxischer Vorgang entsprechend der Eosinophilie in der Rekonvaleszenz gewisser Infektionskrankheiten aufzufassen.

Diese Eosinophilie trete bei Kranken ohne Komplikationen regelmäßig auf und erreiche ihren Höhepunkt am 2. Tage, sie fehle aber bei Gesunden.

Die Einverleibung großer Dosen bewirkt ein Sinken der Zahl der Eosinophilen; desgleichen mangelnde Reaktionsfähigkeit des Körpers (Eosinophilie von vorhergehender Vaccineinjektion herrührend, interkurrente Krankheiten). Ausbleiben der Eosinophilie mahnt also zur Vorsicht, längerer Zwischenraum, kleinere Dosis.

Rudolf Spitzer (Breslau).

Klingmüller. Über die Wirkung von Terpentineinspritzungen auf Eiterungen und Entzündungen. Münch. med. Wochenschr. 1918. Nr. 33. p. 896.

Dosierung des Terpentins: $^1/_4$ ccm einer 20 proz. Lösung = 0,05. Indikationen bei eitrigen und entzündlichen Erkrankungen: Gonorrhöe und Komplikationen, Furunculosis, Folliculitis barbae, Ekzem der Handteller und Fußsohlen, Acne, Schweißdrüsenabscesse, Trichophytie usw. Alfred Perutz (Wien).

Schedler. Behandlung der Trichophytie und Furunculose mit Terpentinöl nach Klingmüller auf der Fachstation eines Kriegslazaretts. Münch. med. Wochenschr. 1918. Nr. 51. p. 1432.

Günstige Beeinflussung der mit Terpentin behandelten Fälle



bei Applikation kleinerer Dosen (0,02—0,025) als in der Originalvorschrift. Alfred Perutz (Wien).

Backer und *Capelle*. Praktische Winke zur Durchführung und Improvisierung der Sonnen- und Freiluftbehandlung. Therap. Halbmonatshefte 1920. p. 11.

Verf. treten warm für die Ertüchtigung des Gesamtorganismus durch Freilicht-Heliotherapie bei Tuberkulose ein, die heute neben der örtlichen Behandlung noch zu sehr vernachlässigt wird. Eine Reihe von Anweisungen über die Durchführung der Freilicht-Sonnenbehandlung, die im einzelnen im Original nachzulesen sind, zeigt, daß sich diese Behandlungsart überall ohne Aufwendung großer Mittel ermöglichen läßt. Martenstein (Breslau).

Bering, F. Zur Biologie der physiologischen und pathologischen Wirkungen des Lichtes. Ergebnisse d. allg. Pathologie u. patholog. Anatomie. (Lubarsch-Ostertag.) 1914. 17. Jg. 1. Abt. p. 790.

Zu kurzem Referat nicht geeignet. Franz Bacher (Breslau).

Kuznitzky, Erich. Über biologische Strahlenwirkung, besonders der α-Strahlen. Der bactericide Einfluß von Thorium-X allein und im Zusammenwirken mit verschiedenen chemischen Desinfizientien. Zeitschr. f. Hygiene. 1919. Bd. LXXXVIII. p. 261.

Thorium-X übt eine erhebliche entwicklungshemmende und abtötende Wirkung Bakterien gegenüber aus und ist imstande die bactericide Wirkung der verschiedensten Desinfektionsmittel zu steigern. Testobjekt: hauptsächlich Gonokokken; daneben auch eine große Reihe anderer Bakterienarten. Wilhelm Frei (Breslau).

Lenk, Robert. Zur Frage der Sensibilisierung in der Strahlentherapie. Deutsch. med. Wochenschr. 1920. Nr. 1.

Lenk prüfte die von Rhorer angeregte Sensibilisierung zu bestrahlender Lymphome nach, indem er bei einer Patientin mit mehreren erkrankten Drüsen 2 mit Jodkalilösung infiltrierte, die dritte aber nicht, und sie dann gleichzeitig mit Röntgenstrahlen behandelte. Es ergab sich, daß die Infiltration mit Jodkali die Heilung der Lymphome durch die Bestrahlung nicht merklich beschleunigte. Verf. stellt an ein Sensibilisierungsmittel folgende Forderungen: Ungiftigkeit für den menschlichen Organismus, spezifische Affinität zu dem zu behandelnden pathologischen Gewebe und daß das Mittel in genügender Menge relativ schwere Elemente (Atomgewicht zwischen 100 und 130) enthalte. Die Auffindung eines solchen Chemikaliums, das für die Strahlentherapie von hohem Werte sein würde, bleibt weiteren Bemühungen der Biochemiker vorbehalten. Max Joseph (Berlin).

Levy, Margarete. Vergleichende histologische Untersuchungen über die Wirkungen von Strahlen und radioaktiven Substanzen (Thorium-X, Röntgenstrahlen, Ra-



dium und Quarzlicht) mit besonderer Berücksichtigung der ultravioletten Strahlen. Zeitschr. f. klin. Medizin. 1920. Bd. LXXXIX. H. 1/2.

Verf. faßt ihre Ergebnisse folgendermaßen zusammen: Mit radioaktiven Substanzen oder Röntgenstrahlen und mit ultraviolettem Licht bestrahlte Tiere zeigen, obwohl eine Tiefenwirkung der letzteren Strahlen auf Grund experimenteller Untersuchungen geleugnet wird, doch gewisse Übereinstimmungen der histologischen Veränderungen, wie sie die ersteren hervorrufen: 1. Starke Hyperämie der Lungen, 2. starke Hyperämie der Leber, 3. Veränderungen der Milzpulpa, bestehend entweder in einer enormen Hyperämie oder in Rarefikation mit reichlichem Untergang von Erythrocyten und Bindegewebsneubildung; 4. die vorübergehende Leukocytenvermehrung nach Bestrahlung mit ultraviolettem Licht kann auf Grund bisheriger Untersuchungen nicht als Reizung der Blutbildungsstätten gedeutet werden. Kurt Wiener (Breslau).

Hamburger, R. **Therapeutische Erfahrungen mit der Quecksilberquarzlampe bei Kindern.** Deutsch. med. Wochenschrift. 1920. Nr. 6.

Wo Jahreszeit und Gegend die Anwendung natürlicher Sonne unmöglich machte, fand Hamburger zur Behandlung von gewissen Tuberkuloseformen einen schätzenswerten Ersatz in der Quecksilberquarzlampe, deren Strahlen die natürliche Heilung bei Kindern stark unterstützten. Tuberkulöse Halslymphdrüsen verkleinerten sich rasch, besonders entleerte Drüsen bildeten sich bis auf kleinste fibröse Rückstände zurück. Lange bestehende fistelnde Knochen- und Weichteiltuberkulosen heilten nach 30—50 Bestrahlungen und verlötete Narben wurden beweglich. Etwa 60 Bestrahlungen brachten Hauttuberkulose und Scrophulodermata zur Heilung, ebenso reagierten Bauch- und Darmtuberkulosen günstig. Sämtliche Kuren wurden mit der Bachschen künstlichen Höhensonne und in einem Abstand von 75—50 cm, meist 3mal wöchentlich von 3 Minuten bis zu einer Stunde steigend vorgenommen. Auch juckende Ekzeme wurden mit den Strahlen geheilt und nicht zu unterschätzen war die Linderung von Schmerzen und die Hebung des Allgemeinbefindens. Bei der Beeinflussung der kindlichen Enuresis und anderer neuropathischer Zustände durch das Licht sprechen suggestive Momente mit. Max Joseph (Berlin).

Schindler, Karl. **Die Behandlung von Dermatosen mit Quarzlichtbestrahlungen bei gleichzeitiger Einwirkung von 5proz. Arg.-nitr.-Spiritus (70%).** Deutsch. med. Wochenschrift. 1920. Nr. 5.

Schindler berichtet, mit starken Ultraviolettbestrahlungen durch die künstliche Höhensonne Röntgenwirkungen erzielt zu haben. Sowohl bei Furunkeln wie bei Bartinfektionen bewährte sich seine Methode. Die Sycosis wurde zuerst mit feuchten Verbänden, dann



mit Salben (Acid. salicyl., Ichthyol, Pyrogallol, auch Resorcin), darauf mit Bestrahlungen behandelt. Nur wo starke Verfilzung der Haare oder intensive Tiefenausbreitung vorlag, wurde die künstliche Höhensonne mit Röntgenstrahlen kombiniert. Die Haare der erkrankten Stellen wurden vor der Bestrahlung epiliert oder kurz geschnitten. Die mangelnde Tiefenwirkung der ultravioletten Strahlen wurde verstärkt, indem man vor der Bestrahlung mit 5 proz. Argent.-nitr.-Spiritus pinselte. Die gleiche Kombination bewährte sich bei Ekzemen. Die Schwarzfärbung der Haut geht schnell vorüber. Max Joseph (Berlin).

Heusner, Hans L. Über einige neue Lichtheilapparate. Med. Klin. 1917. Nr. 2. p. 43.

Heusner empfiehlt, um eine das gesamte Spektrum umfassende Lichtquelle mit der Quarzlampe bei Allgemeinbestrahlungen zu erhalten, eine besonders konstruierte hochkerzige Lampe, die Sollux-Ergänzungslampe. Die Strahlen werden in einer abgeschlossenen Leuchtröhre erzeugt, deren Leuchtkörper eine Temperatur von 2400° hat. Das Spektrum enthält zwar ultraviolette Strahlen, die eine massige Pigmentierung bei längerer Bestrahlungszeit veranlassen, aber nie unangenehme Reizerscheinungen hervorrufen. Andererseits wird infolge stärkerer Durchblutung der Haut dieselbe den kurzwelligen Strahlen gegenüber weit empfindlicher. Die künstliche Höhensonne ist durch Schaffung eines verkleinerten Modells verbessert worden. Die Hallenlampe nach Jesionek stellt ein großes Modell der Quarzsonne dar. Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Röseler, Käte. Die Folgen einer Bestrahlung mit künstlicher Höhensonne. Deutsch. med. Wochenschr. 1919. Nr. 26.

Nach Bestrahlung einer durch Pferdeeiter infizierten Hautwunde an der Hand durch künstliche Höhensonne, beobachtete Röseler an sich selbst neben schmerzhafter Schwellung an der bestrahlten Hand, rote Flecke auch auf den nicht bestrahlten Gesicht, Hals und Unterarmen, Schwellung der Achseldrüsen, später Schwellung des Gesichts, der Augen und Ohren, in den Schwellungen kleine Bläschen, daneben Appetitlosigkeit und starkes Herzklopfen. Eine große, sehr schmerzhafte Blase an dem bestrahlten rechten Handrücken mußte geöffnet werden und zeigte tiefe Excoriation. Die Heilung der schweren Dermatitis erfolgte unter Liqu. al. acet. Zinkpaste, Sol. ac. boric. Eumatan und Schneeumschlägen, doch blieb etwas dunklere Pigmentierung und starke Lichtüberempfindlichkeit zurück. Die ursprüngliche Wunde vernarbte gut. Max Joseph (Berlin).

Budde. Über die Behandlung mit der künstlichen Höhensonne. Münch. med. Wochenschr. 1918. Nr. 4. p. 1123.

In der künstlichen Höhensonne ist ein Mittel zu sehen, das die bewährten älteren Heilmethoden unterstützt, nicht sie verdrängen soll. Alfred Perutz (Wien).

Kautz. Kontraindikationen bei Bestrahlungen mit künstlicher Höhensonne. Münch. med. Wochenschr. 1918. Nr. 28. p. 765.

Fälle sicherer klinischer Syphilis mit oder ohne positiver Wassermannscher Reaktion sind für eine Bestrahlung ungeeignet. Treten bei Patienten, die unter der Annahme einer nichtsyphilitischen Erkrankung bestrahlt wurden, schon nach kurzer Zeit Schmerzen auf, ohne Neigung zum Stillstand resp. Rückbildung des Krankheitsprozesses, so ist durch die WaR. die nichtsyphilitische Natur der Erkrankung zu bestätigen. Bösartige Neubildungen sind in jeder Hinsicht zur Höhensonnenbehandlung ungeeignet. Alfred Perutz (Wien).

Hopf, H. Über Röntgenschädigungen und deren Verhütung. Schweiz. med. Wochenschr. 1920. Nr. 10. p. 181.

Nachdem Verf. einen Überblick gegeben hat über die Röntgenschädigungen und die Mittel zu deren Verhütung, macht er aufmerksam auf die rechtlichen Folgen der Röntgenschädigungen und wünscht, daß die Radiologie nur technisch und praktisch geschulten Ärzten überlassen werde. Er verlangt, daß die Radiologie zum Spezialfach erhoben wird, das von den anderen medizinischen Fächern abgetrennt wird. Es sollen an den schweizerischen Universitäten Lehraufträge an Berufsradiologen erteilt werden für theoretische und praktische Kurse. Solchen Berufsradiologen soll auch die Leitung der Röntgeninstitute der großen Spitäler übertragen und das nötige Material zu Unterrichtszwecken zur Verfügung gestellt werden.

Max Winkler (Luzern).

Wölfflin, E. Röntgenschutzschale für Augenbestrahlungen. Schweiz. med. Wochenschr. 1920. Nr. 10. p. 186.

Verf. empfiehlt zum Schutze gegen Röntgenstrahlen bei Bestrahlungen an Auge oder dessen Umgebung Prothesen aus Bleiglas, die die Form eines künstlichen Auges haben und nach Cocainisierung mit 2proz. Cocainlösung bequem im Bindehautsack 15 Minuten und länger belassen werden können. Fabrikant dieser Prothesen ist F. A. Müller in Wiesbaden. Max Winkler (Luzern).

Holzknecht, G. „Die Therapie der Hyperkeratosen unserer Röntgenhände." Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr., Bd. XXVI. Heft 2. p. 166.

Ausgehend von der Erwägung, daß gen. Hyperkeratosen keine unmittelbare Strahlenwirkung sind, sondern erst auf dem von den Röntgenstrahlen vorbereiteten Boden unter Zuhilfenahme des unbekannten, eine bestimmte Zellart aktivierenden ätiologischen Momentes entstehen, und gestützt auf eigene Erfahrung tritt H. für einen Röntgen- bzw. Radiumbehandlung dieser Hyperkeratosen ein. — H. gibt eine genaue Anweisung zur Technik dieser Behandlungsart, die er für Kankroide nur mit Vorbehalt empfiehlt. — Über palliative Behandlung dieser Keratosen s. Originalarbeit.

Burchardi (Breslau).



Holthusen. „Über die Bedingungen der Röntgenstrahlenenergiemessung bei verschiedenen Impulsbreiten auf luftelektrischem Wege". Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr., Bd. XXVI. Heft 3. p. 211.

Holthusen mißt die in einer „dünnen Schicht" (cf. Strahlentherapie Bd. VII, p. 452: Landläufige Irrtümer über Strahlenmessung von Dr. Th. Christen) absorbierte Strahlenenergie. H. betont ausdrücklich, daß es ihm nicht auf die Messung eines Oberflächen-, sondern eines Tiefeneffektes ankommt und daß die Ursache der Ionisation, eben die sekundäre Kathodenstrahlung, in ihrer vollen Wirkung beim Meßverfahren zur Geltung kommen muß. „Die Ionenmenge — sagt H. — ist der absorbierten Energie nicht proportional, sondern in gleicher absorbierter Energie eine Funktion der Impulsbreite. Erst unter Berücksichtigung der Werte, die diese Funktion für verschiedene Impulsbreiten annimmt, ist sie ein Maß der absorbierten Energie." — Unter diesen Voraussetzungen glaubt H. in der Lage zu sein, die Energie nach ihren Impulsbreiten verschiedener Strahlengattungen auf luftelektrischem Wege zu messen und zu vergleichen. Damit wäre auch die Frage der quantitativen Bestimmung der im Gewebe absorbierten Strahlenenergie gelöst. —

Für das nähere Verständnis der angedeuteten theoretischen Erwägungen und deren praktischer Verwertung ist die Durchsicht der Originalarbeit unerläßlich. — Burchardi (Breslau).

Strauss. „Strahlentherapie und Krebsheilungsproblem. Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr., Bd. XXVI. Heft 3. p. 232.

Strauss gibt einen kurzen Überblick über den derzeitigen Stand der Krebsforschung und kommt in Nutzanwendung dieser Kenntnisse im wesentlichen zu dem Schluß, daß Chirurgie und Radiologie sich nach ihrem therapeutischen Wert für die Krebsheilung die Wage halten und möglichst zusammen zu arbeiten haben. — Die Mobilisierung bzw. Verstärkung und Provokation der natürlichen Heilkräfte des Körpers (Carcinolyse, Kachexiebekämpfung, Anregung der Thymusfunktion usw.) seien das Ziel der Krebstherapie. — Aufgabe der Radiologie sei in erster Linie die lokale Zerstörung neugebildeter Krebszellen vor ihrer vollen Entwicklung, als spezifisch die Epitheliombestrahlung — St. trennt das Epitheliom von den Carcinomen —, die Nachbehandlung operativ behandelter und die Bestrahlung inoperabler Carcinome; auf die Gefahr der Verabreichung von Reizdosen weist St. besonders hin. —

Zur Hebung des Gesamtstoffwechsels empfiehlt St. die ultravioletten Strahlen. — Burchardi (Breslau).

Lohse. „Der Sieg der Röntgenstrahlen über den Brustkrebs." Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr., Bd. XXVI. Heft 3. p. 254.

In Verfolg seiner Arbeiten in der Münch. med. Wochenschr. 1917, Nr. 6 und 1918, Nr. 7 bringt Lohse, der die operative Be-



handlung des Brustkrebses als durch die Strahlenbehandlung überholt grundsätzlich verwirft, eine seiner Auffassung nach besonders beweiskräftige, nach Behandlungsart und pathologischem Befund eingeteilte Gliederung jener Krankheitsfälle, im ganzen 121, auf die er seine Anschauung stützen zu können glaubt. — L. hält demgemäß seine nicht unbestritten gebliebene Ansicht von der Spezifizität der Strahlenbehandlung für den Brustkrebs in vollem Umfange aufrecht. Burchardi (Breslau).

Steiger. „Leistungen und Rentabilität gashaltiger Röntgenröhren in der Tiefentherapie.“ Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr., Bd. XXVI. Heft 3. p. 257.

In Erwiderung eines gleichnamigen Artikels von Albers-Schönberg für die gasfreien Röhren tritt Steiger, nach dessen Auffassung den gasfreien Röhren wohl die Zukunft gehört, dennoch mit Rücksicht auf den vorläufigen Stand der technischen Entwicklung der gasfreien Röhren für die gashaltigen Röhren ein, die er nach ihrer Rentabilität den gasfreien vorzieht, nach ihrer therapeutischen Wirkung diesen gleichstellt. — Burchardi (Breslau).

Lorey. „Zur Röhrenfrage.“ Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr., Bd. XXVI. Heft 4/5. p. 316.

Lorey bespricht den Unterschied in der Brauchbarkeit gashaltiger und gasfreier Röhren für Therapie und Diagnostik und kommt zu dem Ergebnis, daß der Betrieb der modernen gashaltigen Röhren nur wenig komplizierter ist als der der gasfreien. Für Aufnahmen zieht L. nach Qualität der Bilder und Expositionsdauer die gashaltige Röhre vor; in der Therapie seien beide Systeme gleichwertig. — Im Hinblick auf die derzeitige Wirtschaftslage mißt L. dem billigeren Betriebe der gashaltigen Röhren große Bedeutung bei. — Von einer fortschreitenden Entwicklung der Technik der gasfreien Röhren erwartet L. wohl eine Verbilligung ihres Betriebes, jedoch kaum eine Erhöhung des therapeutischen Effektes und eine Verbesserung der Qualität der Aufnahmen. Burchardi (Breslau).

Lorey und *Kämpe*. „Ein neues Verfahren zur Herstellung von Schutzwänden und -körpern gegen Röntgenstrahlen. Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr., Bd. XXVI. Heft 4/5. p. 335.

Die hohen Kosten für Bleiwände, ihre heutzutage vielfach schwierige Beschaffung, ihre durch die hohe elektrische Leitfähigkeit des Bleies bedingten Nachteile, die geringe Absorptionsfähigkeit der zur Befestigung der Bleiplatten erforderlichen Eisennägel und schließlich die Gefahr der Bleivergiftung für Arzt und Personal veranlaßten Lorey, in Gemeinschaft mit dem Baumeister F. Kämpe eine die vorerwähnten Nachteile nicht aufweisende, neue Methode zur Herstellung von Schutzwänden und -körpern zu suchen. Sie vermengten zu diesem Zweck nicht näher beschriebene Stoffe von hohem Absorptionsvermögen mit einem geeigneten Baumörtel, stellten daraus feste Wände von verschiedener Dicke her und wiesen

nach, daß 1 cm dicke Wände dieses Materials die gleiche Schutzkraft besaßen wie 0,6 mm dicke Bleiwände. Die neuen Schutzwände sollen sich zu jeder gewünschten bautechnischen Verwertung eignen. — Das Verfahren ist zum Patent angemeldet. — Burchardi (Breslau).

Albers-Schönberg. Die wissenschaftlich feststehenden Indikationen der Röntgentiefentherapie. Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. 1919. Nr. 2.

Die Röntgentherapie kann ein selbständiges und ein ergänzendes Heilverfahren sein. Verf. teilt die Krankheiten, bei denen Tiefentherapie indiziert ist in 3 Gruppen ein, erstens solche bei denen eine dauerhafte, objektiv feststellbare Heilung zu erzielen ist, zweitens die Leiden, die eine objektiv nachweisbare Besserung bzw. zeitweiliges völliges Verschwinden ihrer Symptome zeigen, drittens solche, die eine subjektive Besserung der Symptome von mehr oder weniger langer Dauer aufweisen.

In die erste Gruppe gehören klimakterische Metrorrhagien, Myome, tuberkulöse Lymphome des Halses sowie Tuberkulose der Knochen, Gelenke und Sehnenscheiden. Der zweiten Abteilung werden zugezählt Leukämie und Pseudoleukämie, Mediastinaltumoren, Hodgkinsche, Bantische, Mikuliczsche und Basedowsche Krankheit, Hypophysentumoren, Prostatahypertrophie usw. Unter die dritte Gruppe fallen Carcinome und Sarkome. Operable Carcinome sind zu operieren und dann prophylaktisch zu bestrahlen. Inoperable sind stets zu bestrahlen. Unter den Sarkomen reagieren am besten die kleinzelligen Rundzellensarkome und die Lymphosarkome, am schlechtesten die Myxochondro- und Osteosarkome, während Spindelzellensarkome in der Mitte stehen.

Kurt Wiener (Breslau).

Meyer, Fritz M. Der Begriff der Erythemdose bei harter Röntgenstrahlung. Berl. klin. Wochenschr. 1919. Nr. 93. p. 1020.

Bei mittelweicher Strahlung erzielt eine die Teinte B der Sabouraudtablette erzeugende Strahlenmenge ein Erythem; nicht so bei harter Strahlung. Hierdurch wird bei harter Strahlung häufig Unterdosierung bewirkt, was bei malignen Tumoren anstatt Zelllähmung Zellreizung hervorruft. Bei der harten Strahlung entsteht die biologische Wirkung nicht bloß wie bei der weichen aus der absorbierten Menge, sondern auch aus der nicht absorbierten Strahlung, wofür auch die Reaktionen sprechen, die klinisch anders ablaufen und, abgesehen von der Spätreaktion, prognostisch günstiger sind. Zahllose Untersuchungen in jahrelanger klinischer Erfahrung ergaben bei 12 Wehnelt Röhrenhärte als jeweilige Erythemdosis ohne Filter = $1^1/_2$ Teinte B (= 180 F des Fürstenau-Intensimeter);
bei 1 mm Aluminiumfilter = 2 Teinte B (= 260 F des Fürstenau-Intensimeter);
bei 2 mm Aluminiumfilter = $2^1/_2$ Teinte B (= 350 F des Fürstenau-Intensimeter);



bei 3 mm Aluminiumfilter = 3 Teinte B (= 465 F des Fürstenau-Intensimeter);

bei 4 mm Aluminiumfilter = 4 Teinte B (= 680 F des Fürstenau-Intensimeter).

Dies sind Durchschnittswerte ohne Berücksichtigung der in verschiedenen Hautbezirken (Gesicht, Bauch) verschiedenen Röntgenempfindlichkeit. Man kann also je nach dem zu behandelnden Fall die Technik variieren und in der Röntgentiefentherapie wesentlich größere Dosen ohne erheblichere Hautreaktionen verabfolgen.

Krakauer (Breslau).

Moszkowicz, L. Vioformfirnis gegen Erysipel. Wien. med. Wochenschr. 1917. Nr. 18.

Der Autor verwendete mit verblüffendem Erfolg bei Erysipel einen Vioformfirnis (chem. Industrie Basel).

Viktor Bandler (Prag).

Mindack. Über Acetoform. Berliner klin. Wochenschr. 1918. Nr. 32. p. 763.

Liqu. Alum. subacet. hat den Mangel der Zersetzlichkeit; es bildet sich in einiger Zeit ein Niederschlag von Aluminiumhydroxyd. Dieser Übelstand vermeidet „Acetoform" = essigs. Tonerde und Citronensäure in Verbindung mit Hexamethylentetramin (Kalle & Co., Biebrich).

Acetoform ist ein feines, weißes, schwach säuerliches, leicht löslicher Pulver, dessen Lösungen auch bei langem Stehen klar bleiben. In den Handel kommt es als Pulver, Tabletten, 5 proz. A.-Puder und 5 proz. A.-Salbe. $^1/_2$— 2 proz. Lösungen entsprechen der üblichen Liqu. Al.-Verdünnung von 1: 10.

Krakauer (Breslau).

Gerdeck, E. Jodbehandlung der Fußschweißerkrankung. Dtsch. med. Wochenschr. 1918. Nr. 24.

Während Formalin in Salben und Pulverform zwar erhebliche Besserung bei Fußschweiß aber nie dauernde Heilung erzielte, versuchte Gerdeck in besonders schweren Fällen Pinselungen mit offizineller Jodtinktur morgens und abends. Die Bromhidrosis hörte hiernach bald, die Hyperidrosis etwas langsamer auf. War letztere verschwunden, so wurde nur einmal täglich gepinselt, bei Hautabschilferung 3 Tage pausiert, bei völliger Härtung der Haut die Kur für Wochen eingestellt und nur beobachtet, um bei Wiedereintreten der Krankheit die Pinselungen zu wiederholen. Sorgfältiges Waschen der Füße ist stets vor dem Pinseln notwendig. Verf. hält diese Therapie, welche wahrscheinlich zur entgültigen Heilung führt, für äußerst empfehlenswert. Max Joseph (Berlin).

Grünebaum, M. Zur Behandlung torpider Geschwüre. Dtsch. med. Wochenschr. 1918. Nr. 2.

Zur Infiltrierung des unter der Geschwürsfläche liegenden Gewebes injizierte Grünebaum mit einer Rekordspritze 3—5 Tropfen



Jodtinktur in abgekochtem Wasser, nachdem das Geschwür mit Tetrachlorkohlenstoff gereinigt wurde und legte hierauf einen Trockenverband an. Geschwüre, die trotz anderer Behandlung lange nicht heilten, kamen bei dieser Methode schnell zur Reinigung, Überhäutung und gesunder Vernarbung. Schädliche Nebenwirkungen kamen nicht vor. Max Joseph (Berlin).

Jaksch, R. v. (Prag). Decubitus und Dauerbad. Zentralbl. f. inn. Med. 1915. Jahrg. 36. p. 1.

Im Anschluß an seine früheren Mitteilungen weist v. Jaksch auf die guten Resultate hin, welche das Dauerbad bei schweren Fällen von Decubitus, Röntgenulcus usw. liefert und schildert die von ihm angegebene relativ billige Wanneneinrichtung. P.

Hamburger. Kalomel gegen Pruritus ani. Ugeskrift for Läger 1918. Nr. 9. p. 347—349.

Verf. empfiehlt gegen Pruritus ani Kalomelpulver; Einreibung morgens und abends. Harald Boas (Kopenhagen).

Magnus. Kalomel gegen Pruritus ani. Ugeskrift for Läger 1918. Nr. 11. p. 444 u. 445.

Verf. empfiehlt gegen Pruritus ani (et vulvae) nachstehende Salbe: Kalomel 3 g, Vaseline 15 g.

Die Salbe wird morgens und abends eingerieben. Die Wirkung ist sehr prompt. Harald Boas (Kopenhagen).

Sellei, Josef. Terpentinölinjektionen bei einigen Hautkrankheiten. Dtsch. med. Wochenschr. 1918. Nr. 37.

Sellei fand die Wirkung von Terpentinölinjektionen vorzüglich bei Pruritus, schnell trocknend bei nässenden Ekzemen, rasch rückbildend bei Impetigo, günstig bei allen oberflächlichen Hauteiterungen aber weniger gut bei tieferen Hauteiterungen wie Pyodermie und Furunculose und chronischen Ekzemen. Der Nachteil der Terpentininjektionen der in Fieber und Schmerzhaftigkeit besteht, läßt sich vielleicht, wie Verf. jetzt versucht, durch Kombination mit Campheröl, Anästhesien und Paraffinum liquidum vermeiden.

Max Joseph (Berlin).

Holzhäuser und *Werner*. Trichophytin, Vaccine und Terpentin in der Dermatologie. Dtsch. med. Wochenschr. 1918. Nr. 45.

Für tiefe Bartflechten empfehlen Holzhäuser und Werner cutane Impfungen mit Trichophytin, evtl. kombiniert mit Röntgenstrahlen, für Furunkel Vaccinebehandlung neben elektrischer Kauterisation, für impetiginöse Hauterkrankungen und Beingeschwüre Terpentin als hervorragendes Mittel. Max Joseph (Berlin).

Citron, H. Über die Einwirkung des Mesothoriums auf Trypanosomen. Zeitschr. f. Immunitätsf. Orig.-Bd. XXVII. Nr. 5.

Als Ergebnis der mitgeteilten Versuchsreihen wurde folgendes festgestellt: Die Bestrahlung von Trypanosomen mit γ-Strahlen be-



wirkt auch bei mehrstündiger Dauer keine Sterilisierung, sondern nur eine Abschwächung der Infektion in der Weise, daß die geimpften Tiere später sterben als die Kontrollen. Der im Serum enthaltene, für Trypanosomen lebensverlängernde Stoff ging voll wirksam in das Dialysat über. Marg. Stern (Breslau).

Herxheimer, K. und E. *Nathan*. Über Glycinal, ein neues Glycerinersatzmittel. Berl. klin. Wochenschr. 1918. Nr. 44. p. 1051.

Glycinal ist eine glycerinartige, hygroskopische Flüssigkeit, hergestellt von Cassella & Co., Frankfurt a. M. Tierversuche erwiesen, daß das Mittel unbedenklich äußerlich angewendet werden kann. Da es sich mit Wasser und Alkohol in jedem Verhältnis mischt, war es zu allen dermatotherapeutischen Anwendungsformen sehr brauchbar, z. B. als Schüttelmixter āā mit Liut.. oxyd., Amyl. und Aqu. dest. Hinderlich ist der hohe Preis (1 kg 25 M.). Dies fällt weniger in Betracht bei Spiritus (5—50%), Salbengrundlagen, die besonders juckstillend wirken, Pasten. Mit wasserlöslichen Teilen wie Tumenolammonium und Ichthyol ist es nicht mischbar, sondern ergibt dicke Niederschläge; ebenso mit Silbernitrat, Bleiessig, kohlensäuren und Ätzalkalien. Krakauer (Breslau).

Pappenheim, Marie. Über eine schnellwirkende Schälbehandlung. Wien. med. Wochenschr. 1918. Nr. 24.

Als schnellwirkende unschädliche Schälbehandlung hat die Autorin folgende Methode angewendet: Nach gründlicher Waschung der zu schälenden Haut mit Benzin pinselt man mit Wattepinsel 10proz. Sublimatalkohol auf, läßt ihn eintrocknen und wiederholt diese Pinselung unmittelbar hintereinander 3—4mal. An zarten Stellen genügt diese Behandlung, um nach 12 Stunden eine heftige Rötung, nach 24 Stunden starke Blasenbildung zu erzeugen. Zur Vermeidung stärkerer Schmerzen werden Pinselungen mit Resorcinalkohol abs. āā partes angeschlossen und zweimal täglich wiederholt. Nach 7—8 Tagen ist die Schälung vollendet, auch an Stellen mit stärkerer Epithelverhornung. Einige Tage muß die geschälte Haut mit Creme, 10proz. Zink-Wismuthsalbe geschützt werden.

Viktor Bandler (Prag).

Meyer, Fritz M. Die Behandlung des Haarausfalls mit Quarzlicht. Dtsch. med. Wochenschr. 1918. Nr. 41.

Meyer erzielte mit der Quarzlichtbestrahlung gute Erfolge bei Alopecia areata sowie beim Diffluvium capillitii. Die therapeutische Beeinflussung der totalen Alopecie ist natürlich bedeutend unsicherer. Das Verfahren ist dergestalt, daß eine mehrfache Scheitelung des Haares den Strahlen die direkte Einwirkung auf die Kopfhaut ermöglicht. Etwa 20 Bestrahlungen und 10 Scheitel, also zweimalige Bestrahlung jeden Scheitels sind nötig. Die Umgebung wird nicht abgedeckt, sondern bleibe der Wirkung der noch nicht gänzlich absorbierten Lichtquelle zugänglich. Wo Chlorose, Neurasthenie,

Syphilis usw. die Grundursache des Haarausfalls sind, müssen diese naturgemäß behandelt werden. Max Joseph (Berlin).

Meyer, Fritz M. Ein Fall von schwerer Radiodermatitis und seine Bedeutung für die Praxis. Dtsch. med. Wochenschr. 1918. Nr. 42.

Der Haarausfall und schwere Hautentzündung, welche Meyer zur Behandlung kam, war nach mittelweicher Strahlung zur Heilung einer tiefen Trichophytie des Hinterkopfes entstanden. Törichterweise hatte der betreffende Arzt nach Eintreten der heftigen Reaktion nicht zu einer indifferenten Behandlung gegriffen, sondern die stark irritierenden ultravioletten Höhensonnenstrahlen zur Anregung der Haarpapillen angewandt. Verf. rät zur Herbeiführung eines Haarausfalls nicht durch mittelweiche, sondern durch unter der Maximaldosis liegende harte homogene Strahlenmengen einzuwirken und überhaupt bei dem sehr verschiedenen Verhalten der Haarpapillen den Strahlen gegenüber die Kopfhaut nur in dringenden Fällen und bei völliger Beherrschung aller Faktoren zu bestrahlen.

Max Joseph (Berlin).

Becker, Ph. F. Quarz- und Kohlenlicht in der Behandlung eitriger Erkrankungen der Haut und deren Anhänge. Dtsch. med. Wochenschr. 1918. Nr. 46.

Während bei Furunkel die Lichtbestrahlung, bei allgemeiner Furunculose Höhensonnenbestrahlungen gute Dienste taten, erzielte Becker beim Karbunkel, Hydrosadenitis suppurativa, Nagelbettvereiterungen und beginnenden Phlegmonen ausgezeichnete Erfolge mit Quarzlampenbestrahlung. Diese muß so stark dosiert sein, daß ein Erythem aber keine bläschenförmige Dermatitis entsteht. Nach der Bestrahlung werden die Eitergänge mit Carbolwattestäbchen erweitert, dann mit trockener Watte tamponiert. Bestrahlung, Stäbchenbohrung und Tamponade werden täglich bis zur Abstoßung des nekrotischen Gewebes wiederholt. Später wird in 1—4tägiger Pause bestrahlt, um die Überhäutung nicht zu stören. Schüttelfrost kann durch zu feste Tamponade entstehen. Leichtes Fieber ist keine Kontraindikation. Bei heftigen Schmerzen sind Narkotica nötig. Max Joseph (Berlin).

Holzknecht, G. Die Therapie der Röntgenhände. Berl. klin. Wochenschr. 1918. Nr. 49. p. 1178.

Die „Röntgenhände“, Hyperkeratosen, entstanden durch unfiltrierte Röntgenstrahlen, gehören zu den präcancerösen Bildungen, genau wie die senilen Warzen. Jedoch sind sie kein direktes Produkt der Röntgenstrahlen, die nur eine diffuse, teils hyperplastische, teils atrophische Hautveränderung hervorrufen; sondern auf diesem Boden entstehen erst unter Mitwirkung eines noch unbekannten Faktors die circumscripten Keratosen. Vielfältige Beobachtungen, auch an Holzknechts eigenen Händen ergaben, daß sich filtrierte



Röntgenstrahlen therapeutisch hervorragend bewährten. Ebenso Radium.

Dosierung: 10—12 H bei 4 mm-Al.-Filter einmal; oder 2—3 mal 6 H bei gleichem Filter in 14tägigem Zwischenraum.

Radium, 4 mgr im Quadratzentimeter bei 0,2 mm Silberwand, gefiltert mit 0—1 mm Al. bis 1 mm Messing, $1-1^1/_2-8$ Stunden mit geringer Watteschicht. Krakauer (Breslau).

Meyer, Fritz M. (Berlin). Die Röntgenbehandlung der Hyperhidrosis localis mit harten Strahlen. Berl. klin. Wochenschr. 1918. Nr. 52. p. 1237.

Sechsjährige Erfahrung lehrte, daß nur die hochfiltrierte harte Strahlung regelmäßig die Hyperhidrosis beseitigte. Meyer benutzte eine Röhre von 12 Wehnelt und als Filter 4 mm Alum., je Sitzung 170 F (= 1 Volldosis nach Sabouraud — Noiré); 4 mal in 8tägigem Zwischenraum. Die fraktionierte Bestrahlung läßt den Schluß zu, daß die Gesamtmenge unter der Erythemdosis bleibt. Bei größeren Flächen mehrfache Filterung vornehmen, um mehr wirksame Zentralstrahlen zu haben.

Allerdings führt selten eine einzige Bestrahlungsserie völlig zur Heilung; andererseits darf man sich mit einer Besserung nicht begnügen, da nur die völlig abgetötete Drüse vor Rückfällen schützt. In der Achselhöhle läßt sich dabei Haarausfall häufig nicht vermeiden. Die häufig einsetzende Sprödigkeit der Haut ist nicht primäre Röntgenwirkung, sondern beruht auf Aufhören der Schweißabsonderung. Krakauer (Breslau).

Kutzwitzky, E. und F. *Schäfer*. Die Röntgenbehandlung oberflächlicher Dermatosen mit dem 0,5 mm-Aluminiumfilter. Berl. klin. Wochenschr. 1918. Nr. 39.

Die Verff. haben, nachdem sie dabei gelegentlich Erytheme beobachtet hatten, die ungefilterte Strahlung aufgegeben, obwohl die Behandlungserfolge sehr zufriedenstellend waren. Aus praktischen Gründen wählten sie 0,5 mm-Al.-Filter, wobei sich nach den Messungen der Autoren ein deutlicher Qualitätsunterschied von der Strahlung bei 1 mm-Al.-Filter zeigte. Als weiterer sehr wichtiger Vorteil gegenüber der 1 mm-Filterung ergibt sich, daß man mit kleiner Dosis und Sitzungszahl auskommt, was bei den immer noch nicht ganz vermiedenen Röntgenschädigungen schwer ins Gewicht fällt. Im einzelnen verfuhren die Verff. so, daß sie das einzelne Feld mit 5 X (Gesicht, Kopf, Kinderhaut, Psoriasis und universelle Dermatosen nur mit 3 X) und nach je 10—14 Tagen noch 2 mal mit je 3 X bestrahlten. Zur Epilation 1 mal 10 X bei 1 mm-Al.-Filter.

Die großen Erfahrungen der Breslauer Klinik haben bewiesen, daß therapeutisch die weichere Strahlung dieser Filterung vollkommen genügt, ja vielfach Vorzüge gegenüber einer härteren aufwies. Nähere Einzelheiten müssen in der trotz ihrer Kürze an theoretischen Erwägungen, genauen physikalischen Abmessungen und



an einem großen Krankenmaterial gesammelten klinischen Erfahrungen reichen Arbeit nachgelesen werden. Krakauer (Breslau).

Wachtel, H. Über die therapeutische Beeinflussung der Erfrierungen durch Röntgenbestrahlung. Wien. klin. Wochenschr. 1917. Nr. 18.

Entsprechende Röntgenbestrahlung bessert in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle den Krankheitsverlauf der Erfrierungen. Bei frischen, oberflächlichen Erfrierungen trat das Wiedererwachen der Sensibilität an den bestrahlten Füßen um 4 Tage früher auf wie an den unbestrahlten. Bei tiefen Erfrierungen verkürzte die Bestrahlung die Dauer der Demarkation. Einige ganz frische Fälle mit bedenklichen ersten Erfrierungssymptomen gingen so zurück, daß an ein Aufhalten des Krankheitsprozesses zu denken ist. Als therapeutisches Agens ist die Hyperämie anzusehen, welche sich im bestrahlten Bezirk innerhalb 24 Stunden nach der Bestrahlung einstellt.

Viktor Bandler (Prag).

Meyer, Fritz M. Ein durch Quarzlicht geheilter Fall von schwerer Nageleiterung. Dtsch. med. Wochenschr. 1918. Nr. 18.

Da bei einem stark vernachlässigten Panaritium durch konservative Behandlung und Ruhigstellung keine Besserung zu erzielen war, auch Incisionen nur vorübergehend Erleichterung schaffen, versuchte Meyer eine Quarzlichtbestrahlung der durch die Incisionen freigelegten Sehnen mit unfiltrierten Strahlen aus nächster Entfernung. Hiernach ließen Entzündung und Sekretion bald nach, und das Gelenk wurde wieder etwas beweglich. Eine zweite Bestrahlung führte zur völligen Heilung. Max Joseph (Berlin).

Kreibich. Zur Wirkung des ultravioletten Lichtes auf die Zelle. Virchows Archiv 1916. Bd. CCXXII. p. 28—30.

Mit der Umwandlung der Eiweißkörper der Zelle durch Belichtung erfolgt eine stärkere Bindung der Katalase und eine verzögerte Katalasenwirkung, ferner gehen Veränderungen am Kern vor sich, die zur Pyknose und schließlich zur hyalinern Degeneration der Zellen führen. Kyrle (Wien).

Sticker, Anton. Weitere Erfahrungen in der Radiumbestrahlung des Mundhöhlenkrebses. Berl. klin. Wochenschr. 1918. Nr. 30. p. 713.

Unter den primären Lungenkrebsen reagierten die papillomatös gebauten am besten auf Radiumbestrahlung; sowohl bei Operationsrezidiven wie bei noch nicht operierten, auch wenn sie ziemlich umfangreich waren. (Vorzüglich wirkte auch die Radiumbestrahlung bei der Leukoplakie; meist handelte es sich um sehr veraltete, schwerste Fälle bei Leuten, die eine syphilitische Affektion durchgemacht hatten. Nach kurzer Zeit trat bei systematischer Radiumbestrahlung, deren Technik und Dosierung genau angegeben wird, völlige Heilung ein.) Ungünstig liegen die Fälle mit infiltrierendem Charakter, weil hier genaues Zielen nicht möglich ist.



Von Unterkieferkrebsen kann Sticker außer seinen beiden von früher veröffentlichen Fällen über ein Rezidiv nach Operation berichten, daß in 5 nächtlichen Sitzungen mit 210 Milligrammstunden bestrahlt, seit 3 Jahr rezidivfrei ist.

Von primären Oberkiefercarcinomen ist zu berichten, daß St.'s schon mitgeteilte 2 Fälle bis heute geheilt blieben. Um Wachstumsanreiz durch unzulängliche Bestrahlung zu ausgedehnter oder tiefliegender Herde auszuschließen, wendet St. sehr lang dauernde — 12 Nachtstunden währende — Bestrahlung mittels eigens angefertigten Prothesen an. Oder aber die Methode der Fernbestrahlung; denn es ist erwiesen, daß Radium noch auf 25 cm wirksam ist, wie man an photographischen Platten nachweisen kann.

Vor gleichzeitiger Bestrahlung der regionären Lymphdrüsen bei Bestrahlung des Primärtumors warnt St. Da die Bestrahlung nicht die völlige Beseitigung aller Krebszellen erwarten läßt, diese nach Zerstörung des interstitiellen Gewebes vielmehr losgelöst und verschleppt werden können, ist deren Auffangen die Aufgabe der benachbarten Lymphdrüsen, deren Keimfollikel bei der Primärbestrahlung nicht zerstört werden dürfen. Dagegen kann man nach völliger Resorption des Primärtumors die Lymphdrüsen bestrahlen.

Ferner wurde ein von der Wangenschleimhaut eines 78jährigen Herrn ausgehender Plattenepithelkrebs nach Abkappen und Bestrahlen an zwei aufeinanderfolgenden Tagen geheilt.

Krakauer (Breslau).

Jadassohn. Zur Behandlung der Kinderekzeme mit Röntgenstrahlen. Therap. Monatsh. 1918. H. 4. p. 119.

Unter Hinweis auf die große Hartnäckigkeit der Kinderekzeme im 1. und 2. Lebensjahr, die oft jeder externen, diätetischen und kombinierten Behandlung trotzen, macht Jadassohn darauf aufmerksam, daß er vielfach, selbst bei akuten und nässenden Formen, mit schwachen Röntgenbestrahlungen ausgezeichnete Resultate erzielen konnte, ohne irgend jemals Schädigungen zu beobachten, während äußerlich meist nur indifferente Behandlung mit milden Salben, feuchten Verbänden oder Puder zur Anwendung kam. Was die Methode und Dosierung anbelangt, so wurden mittelweiche Strahlen ohne Filtration in Totalbestrahlungen, also ohne Abdeckung, appliziert, wobei jede Stelle höchstens 1 X bekam. Das Gesicht wurde stets in 4 Stellungen (beide Wangen, Stirn und Kinn) bestrahlt. Diese Prozedur mußte oft 2—4 mal in Abständen von mindestens 10 Tagen wiederholt werden; dann wurde unbedingt eine Pause von 4 und mehr Wochen eingeschoben, worauf, falls es notwendig war, noch 1—2 Bestrahlungen in größeren Intervallen vorgenommen wurden.

Zum Schluß erwähnt Jadassohn, daß er bei Kindern jeden Alters auch die Dermatitis lichenoides chronica mit Dosen bis 3 X



pro Sitzung (ohne oder mit minimaler Filtration) erfolgreich behandelt. Sigismund Bochyński (Würzburg).

Brauer, A. Sind harte Röntgenstrahlen biologisch wirksamer als weiche? Strahlentherapie VIII. p. 584.

Vielfach ist behauptet worden, daß harte Röntgenstrahlung biologisch wirksamer sei als weiche, eine Tatsache, die durch die histologische Untersuchung der durch qualitativ verschiedene Strahlen hervorgerufenen Zellveränderung nicht bestätigt werden konnte. Brauer begründet diese Erfahrungstatsache damit, daß bei härterer Strahlung der Absorptionskoeffizient in den oberflächlichen Schichten annähernd gleich wäre, daß also in ihnen fast gleichmäßige Strahlenmengen zur Absorption und damit zur Wirkung gelangen. Die weiche Strahlung dagegen wird in den verschiedenen Hautschichten in der Weise verschieden absorbiert, daß von ihr die kranken Zellen tieferer Schichten noch nicht oder nur unvollkommen beeinflußt werden, dagegen die höheren Lagen oft unter Schädigung gesunder Zellen überstrahlt werden. „Harte Röntgenstrahlen" sind also nicht biologisch, sondern therapeutisch wirksamer als weiche, weil sie aus physikalischen Gründen gleichmäßiger wirken.

Fritz Schaefer (Breslau).

Stephan, Siegfried. Erweiterte Verwendbarkeit von Trockenröhren durch eine Kühlvorrichtung mit Preßluft und Wasserverdunstung. Strahlentherapie VIII. p. 430.

Stephan hat durch Versuche gezeigt, daß eine technische Modifikation genügt, um die für die Diagnostik Vorzügliches leistenden Trockenröhren auch für den Therapiebetrieb brauchbar zu machen: er wendet eine intensive Außenkühlung an, wodurch die — vielfache Störungen bedingende — partielle Wärmeabfuhr ausgeschaltet wird. Näheres über diese Kühlvorrichtung, Preßluftleitung und Wasserverdunstung siehe Originalarbeit.

Fritz Schaefer (Breslau).

Dorn, J. Experimentelle und histologische Untersuchungen zur Frage der chemischen Imitation der Strahlenwirkung durch Encytol. Strahlentherapie VIII. p. 445.

Die spezifischen Wirkungen der Röntgenstrahlen sind experimentell auch durch Encytolinjektionen zu erzielen: bei Kaninchen und Ratten atrophieren die Hodenkanälchen und die Hodenepithelien, während die Sertolischen und Hodenzwischenzellen kompensatorisch wuchern; ebenso entsteht eine Atrophie des ovarialen Follikelapparates und der Corpora lutea. Verf. spricht also berechtigterweise von einer chemischen Imitation der Strahlenwirkung durch Encytol.

Fritz Schaefer (Breslau).

Pulvermacher, D. Eine Abänderung der Osmofernregulierung. Strahlentherapie VIII. p. 571.

Ein am Röhrenschutzkasten befestigter kleiner Apparat, der



das Gasflämmchen trägt und bei dem die Störungen bei der bisher üblichen Befestigung der Klammer am Regenerierungsglasansatz der Röhre vermieden werden sollen. Freilich hat dieser Apparat den Nachteil, daß er für jedes Röhrenkastenmodell besonders hergestellt werden muß. Fritz Schaefer (Breslau).

Hell, F. Über die Heilung der Hyperhidrosis localis. Strahlentherapie VIII. p. 588.

Erst die Anwendung gefilterter Strahlen ließ bei der Behandlung der Hyperhidrosis die Gefahr der Schädigung vermeiden, die bei der gleich großen Radiosensibilität der Schweißdrüsen und der sie deckenden Haut bei Anwendung weicherer Strahlen nahe lag. Hell hat daher seine 9 Patienten nur mit einer durch ein 4 mm Aluminiumfilter gehärteten Strahlung anscheinend dauernd geheilt. Technik: 70—180 x in 4—10 Sitzungen innerhalb von 2—5 Monaten. Durch Schweiß gereizte Haut verträgt weniger — höchstens 20 x pro dosi — als ungereizte. Fritz Schaefer (Breslau).

Aschner. Über eine schnelle und einfache Behandlungsmethode der Pyodermatosen, insbesondere der Furunkulose, Münch. med. Wochenschr. 1917. Nr. 17. Feldärztl. Beil. p. 261.

Zur Behandlung von Pyodermatosen verwendet Aschner Pinselung der erkrankten Hautpartien mit 10% wäßriger Formalinlösung. Alfred Perutz (Wien).

Weill. Die Behandlung der Schuppenflechte vom kriegsärztlichen Standpunkte aus. Münch. med. Wochenschr. 1917. Nr. 6. Feldärztl. Beil. p. 251.

Alle Fälle, bei denen keine absolute Indikation zur Behandlung vorliegt, sind nicht zu behandeln, während behandlungsbedürftige Psoriatiker fachärztlich geleiteten Hautstationen zu überweisen sind. Alfred Perutz (Wien).

Schöppler. Zur Therapie der Psoriasis vulgaris. Münch. med. Wochenschr. 1917. Nr. 7. p. 214.

Ein schwerer Fall von Psoriasis vulgaris wurde durch die Anwendung der Klebrobinde zur Heilung gebracht.

Alfred Perutz (Wien).

Meirowsky und *Stiebel*. Cignolin, ein Ersatzpräparat für Chrysarobin. Münch. med. Wochenschr. 1916. Nr. 46. Feldärztl. Beil. p. 743.

Cignolin stellt eine wertvolle Bereicherung des dermatol. Arzneischatzes dar. Die kaum nennenswerte Beschmutzung der Wäsche läßt es gerade für die ambulante Behandlung als recht geeignet erscheinen. Alfred Perutz (Wien).

Zumbusch. Die Behandlung der Seborrhoe und des Haarausfalles mit Streupulver. Münch. med. Wochenschr. 1917. Nr. 13. p. 414.

Zumbusch empfielt bei Seborrhoea sicca Waschungen des



Kopfes alle 4 Wochen. Alle 4 Tage Einstauben des Kopfes mit Sulf. präcip. 40,0, Amyl. oryzae 50,0, Pulv. rad. Ireos 10,0. Am nächsten Morgen Entfernung des Puders mit einer weichen Bürste und mit einem Spiritus, der Salicyl, Resorcin od. dgl. enthält.

Alfred Perutz (Wien).

Merz, H. Fortschritte in der Behandlung der Seborrhoea capillitii. Korrespondenzbl. f. Schweiz. Ärzte 1919. Nr. 9. p. **266**.

Einleitend bespricht Verf. die Pathogenese und die Bedeutung der Seborrhöe für die Glatzenbildung. Er unterscheidet eine infantile, juvenile oder Pubertätsseborrhöe und eine Spätform. Die Seborrhöe soll sich in 2 Stadien entwickeln. Das erste Stadium beginnt angeblich mit einer Staub- und Schmutzansammlung im Follikeltrichter. Dabei kommt es zu einer Eindickung des Sebums und Stauung. Sekundär entwickeln sich in diesen Massen sehr reichlich Bakterien. Es kommt zur Entwicklung organischer Fettsäuren, leichten, entzündlichen Erscheinungen der Follpewand, die ihrerseits eine stärkere Talgsekretion auslösen und damit die Seborrhoe oleosa bedingen. Greifen die Veränderungen weiter um sich in die Tiefe, so kommt es zu Hyper- und Parakeratose der Follikelwand und dadurch zu einer Ernährungsstörung der Papillen, die zur Atrophie führen kann. Damit ist das zweite Stadium der Seborrhöe erreicht.

Das ist der Gedankengang des Verf. und darauf baut er seine Therapie auf. Er empfiehlt eine frühzeitige Behandlung der Seborrhöe, um den Prozeß zum Stillstand zu bringen; wöchentlich eine scheitelweise mit der Haarbürste durchgeführte heiße Kopfwaschung mittels Borax und gepulverter Marseillerseife. Nachher bei noch feuchtem Haarboden scheitelweises Einreiben eines 2—5 proz. Schwefelschnees. Hierzu sollen nach Verf. die französischen schneeartigen Seifen verwendet werden, die nicht fetten und von den Patienten gerne angewendet werden. Nach 3 Tagen Wiederholung der Schwefelschneeapplikation ohne vorherige Waschung. Zur Unterstützung kann bei stark fetter Kopfhaut Schwefel-Amylumpuder verwendet werden oder eine spirituöse Schwefelsuspension. Bei hartnäckigen Fällen oder bei Atonie des Haarbodens Kombination mit Quarzlampenbestrahlungen nach Kromeyer. In toto werden 12 Bestrahlungen — wöchentlich 2 — empfohlen. Nach den ersten 6 Bestrahlungen Pause von 2—4 Wochen indiziert. Einen großen Wert mißt Merz der prophylaktischen Behandlung bei, die bei Gefährdeten zu guten Resultaten führt und sich ungefähr nach den skizzierten Prinzipien zu richten hat. Die Hygiene des Haarbodens soll allmählich zu einem Bedürfnis werden wie die tägliche Zahnpflege.

Max Winkler (Luzern).

Hirsch, S. Zur Formalinbehandlung der Furunkulose. Therap. Monatsh. 1918. H. 6. p. 206.

Der anscheinend ziemlich skeptische Verf. hält von der For-



malinbehandlung der Furunkulose sehr viel. Der Gang der Behandlung ist folgender: Jeder Furunkel, der noch nicht „reif" genug ist, soll so lange mit Jodtinktur gepinselt werden, bis im Zentrum der weiße Hof erscheint. Dann wird das Eiterpfröpfchen mit einer Pinzette abgehoben (nur bei großen Furunkeln Incision) und sowohl der Furunkel selbst als auch dessen Umgebung 1—2 mal täglich mit 10 proz. Formalinlösung gepinselt. Zwischendurch zwecks Vermeidung von Dermatitis Einfettungen der umgebenden Haut mit Laneps oder Borsalbe. Verbände nur an Reibungsflächen erforderlich, sonst überflüssig. Sigismund Bochyński (Würzburg).

Schlatter, C. Die Behandlung der Furunkel und Karbunkel. Deutsche med. Wochenschr. 1918. Nr. 19.

Als erstes Gebot der Furunkelbehandlung stellt Schlatter das Fernhalten jedes mechanischen Reizes und Schutz der kranken Stelle durch Deckverbände auf. Frühzeitiges Betupfen mit Jodtinktur verhindert oft die Ausbildung des Furunkels, ebenso wirken Karbolsäure und Ichthyol entzündungshemmend. Das im Frühstadium oft empfehlenswerte Thermokauterisieren birgt bei ausgebildeten Furunkeln die Gefahr der Lymphangitis und Lymphadenitis in sich, da ein Brandschorf das Ausfließen von Wundsekret hindert. Die Incision, welche stets unter Lokalanästhesie vorzunehmen ist, ist in allen Fällen geboten, wo sich rasch größere schmerzhafte Infiltration entwickelt, und wo, wie im Gesicht, die Weiterleitung durch Thrombophlebitis besonders gefährlich erscheint. Dagegen können kleinere, oberflächliche, weniger schmerzhafte Furunkel konservativ mit Ichthyol, Salicylsalbe, Salicylkreosotguttaplast oder Quecksilberkarbolguttaplast oder Alkoholverband behandelt werden. Bei Furunkeln des äußeren Gehörgangs taten heiße Kleiesäckchen gute Dienste. Bei allgemeiner Furunkulose wurden mit Formalinlösungpinselungen, Quarzlicht, Schmierseifenbädern, den Grundursachen entsprechender Diät, Hefepräparaten und polyvalenten Vaccinen günstige Erfolge erzielt. Beim Karbunkel, der Staphylokokkeninfektion vieler benachbarter Haarbälge ist meistens rechtzeitige, energisch durchgeführte Exstirpation des Infektionsherdes und Ausbrennen alles indurierten Gewebes mit dem Thermokauter notwendig. Kleinere Karbunkel heilen nach den für Furunkel angegebenen Therapien. Max Joseph (Berlin).

Rahm, Hans. Opsonogenbehandlung der Furunkulose. Deutsche med. Wochenschr. 1917. Nr. 52.

Bei allen Formen von Furunkulose erzielte Rahm mit der Opsonogenbehandlung ausgezeichnete Heilwirkungen. Während bei leichten Fällen 1—2 Injektionen (100 und 250 Millionen) genügten, wurden für schwere allgemeine Furunkulosis etwa 3500 Millionen Staphylokokken in 7 Injektionen, von denen die letzten nur zur Prophylaxe angewandt wurden, gebraucht. Hingegen ließen sich



Acne und Psoriasis mit dieser Methode nur bessern, nicht völlig heilen. Max Joseph (Berlin).

Weleminsky, Fr. Behandlung von Psoriasis mit Tuberkulonmuzuin. Wiener klin. Wochenschr. 1917. Nr. 46.

Weleminsky hatte Gelegenheit, eine Reihe von Psoriasisfällen ausschließlich mit Injektionen von Tuberkulomuzin zu behandeln und erzielte in manchen Fällen ohne jede andere Therapie Heilung. Einzelne der Fälle, auch von Cemach, der auch mit diesem Mittel bei Psoriasis Erfolg hatte, waren entweder leicht lungenkrank oder verdächtig, eine Anzahl aber kräftig und vollkommen gesund. Bei der Tuberkulomuzintherapie der Psoriasis spielt das Fieber keine Rolle, bei manchen Fällen trat eine deutliche Herdreaktion auf. Weleminsky glaubt, den tuberkulösen Ursprung zumindest einer großen Anzahl von Psoriasisfällen annehmen zu dürfen.

Viktor Bandler (Prag).

Buchanzeigen und Besprechungen.

Holzknecht, G. Röntgenologie. Eine Revision ihrer technischen Einrichtungen und praktischen Methoden. I. Teil. Fremdkörper, Verletzungen, Chronische Eiterung. Mit 407 Textabbildungen. Urban u. Schwarzenberg, Berlin-Wien 1918. M. 30.

Die Erfahrungen des Krieges haben bei der Durcharbeitung der einzelnen Zweige der Röntgenologie sehr viele Mängel hervortreten lassen. Vor allem erscheint es für die junge Wissenschaft nachteilig, daß nicht nur die Geräte, sondern auch die Symptomatologie und die Arbeitsmethoden der einzelnen Röntgenlaboratorien außerordentlich große Verschiedenheiten aufweisen.

Das vorliegende Werk hat es sich zur Aufgabe gestellt, in ausführlicher und kritischer Weise die durch den Krieg bereicherten Erfahrungen der Schule Holzknechts in der Fremdkörperlokalisation, mit der Röntgenoperation und in der Skelettverletzung darzustellen.

In dem ersten Kapitel „Fremdkörperlokalisation" werden die neuen im Wiener Laboratorium ausgearbeiteten Methoden, wie insbesondere die frontalen Aufnahmen des Rumpfes und seiner Gelenke, das Dreiplattenverfahren, die Hautmarkierung und Tätowierung, die Methodik der Fremdkörperlokalisation und die myometrische und myographische Orientierungsmethode von Holzknecht, Lilienfeld, Weissenberg und Mayer ausführlich besprochen. Es folgen Kapitel über „Fremdkörper im Bulbus" von Holzknecht und Haudek, sowie über Motilitätslokalisation im Brustkorb von Kienböck.

Im zweiten Abschnitt wird die operative Aufsuchung der Fremdkörper unter unmittelbarer Leitung des Röntgenlichtes, die Ursachen der Verschiebung der Fremdkörper bei der Operation besprochen und das Instrumentarium sowie der Gang der Operation in zahlreichen Aufsätzen des Herausgebers und seiner Mitarbeiter Wachtel, Sommer, Eisler, Odelga, Eiselsberg geschildert. Im dritten Abschnitt „Skelettverletzung, Chronische Eiterung" bespricht Lilienfeld die wichtigsten Grenzfälle und Varietäten des Skeletts im Röntgenbild, Sommer die Kallusentwicklung, Wachtel die Bedeutung der feineren Details der Frakturbilder, Haudek die Kalluslücke, Pordes die Kieferverletzungen; weiter folgt eine Schilderung der radiologischen Darstellung der Ursprünge von Fistelgängen mittels Schmelzstäbchen. Im Anhang bespricht Lenk seine Erfahrungen im Frontspital.



Auf Einzelheiten des Werkes, dessen einzelne Abschnitte vielfach neue, grundlegende Erfahrungen und auf solchen aufgebaute Methoden schildern, kann hier nicht eingegangen werden; sein Studium ist jedem Fachmann notwendig und wir können wohl hoffen, daß der angekündigte zweite Teil trotz aller Schwierigkeiten bald erscheint und dem vorliegenden gleicht. Bardachzi (Prag).

Zander, R. Vom Nervensystem, seinem Bau und seiner Bedeutung. Dritte Auflage. (Bd. XLVIII: Aus Natur und Geisteswelt.) B. G. Teubner, Leipzig-Berlin. Kart. M. 2,80, geb. M. 3,50.

Eine sehr gute populäre Darstellung, die gut in den Rahmen der bekannten Teubnerschen Sammlung paßt. Auszusetzen wäre, daß darin die Syphilis als die wichtigste Ursache der Paralyse und Lues genannt ist, während diese Krankheiten bereits mit Sicherheit als syphilitische Erkrankungen gelten. Fischer (Prag).

Boas, K. Die Tabes dorsalis der Kriegsteilnehmer und ihre militärärztliche Begutachtung. Ferdinand Enke, Stuttgart 1919. M. 10,—.

Eine sehr ausführliche Zusammenstellung aller für die Unfalls- und militärärztliche Beurteilung der Tabes in Betracht kommenden Momente mit Anführung einer reichlichen Kasuistik aus der Literatur. Der Verf. kommt mit Recht zum Schluß, daß es keine eigentliche Kriegstabes gibt. Ein Nachteil des Buches ist, daß das Material nicht in Kapitel eingeteilt ist, wodurch die Übersicht leidet. Fischer (Prag).

Sommer. Röntgentaschenbuch. VIII. Band. Nemnich, Leipzig 1919. M. 8,—.

Das Röntgentaschenbuch gehört schon zu den Büchern, die wir Röntgenologen nicht gerne missen. Es bringt immer eine Reihe von Aufsätzen über verschiedenste Kapitel der Röntgenkunde, so daß ein jeder Neues und Interessantes findet. Es hat uns auch diesmal nicht enttäuscht. Neben rein technischen Beiträgen enthält es solche zur Frage der Filtertherapie sowie diagnostische Abhandlungen über Herz- und Magenuntersuchungen. Den Inhalt der vorliegenden 23 Mitteilungen nur annähernd zu referieren ist hier nicht möglich. Porges (Prag).

Bucky. Die Röntgenstrahlen und ihre Anwendung. Teubner, Leipzig. M. 1,50.

Das kleine Büchlein ist in der Sammlung der Darstellungen: Aus Natur und Geisteswelt erschienen. In dicht gedrängter aber übersichtlicher Form gibt es dem Laien aber auch dem mit der Radiologie nicht vertrauten Arzt einen ausgezeichneten Überblick über das Wesen der Röntgenstrahlen, über ihre Geschichte, die Apparaturen sowie über ihre Leistungen, Fortschritte und Gefahren. Porges (Prag).

Bloch, Prof. Dr. Br. Die Geschlechtskrankheiten. Ihr Wesen und ihre Bekämpfung. 1.—5. Tausend. Orell Füssli, Zürich 1919.

Eine ausgezeichnete, im Auftrage der Schweizerischen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten verfaßte Werbeschrift, in der kurz aber eindringlich Gefahren und Verbreitung der Geschlechtskrankheiten und die jetzt gangbaren Wege zu deren Bekämpfung auseinandergesetzt werden. Walther Pick (Teplitz-Schönau).

Kurzes Repetitorium der Bakteriologie. 3. Auflage. J. A. Barth, Leipzig 1919. Kart. M. 4,80, geb. M. 5,80.

Eine ohne Angabe des Autors der Zusammenstellung kurz gefaßte Darstellung der Bakteriologie, geschickt abgefaßt und wohl geeignet, das Gebiet der Bakterienlehre dem Studierenden in Form einer Repetition wieder fester einzuprägen. Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Miehe, H. Die Bakterien und ihre Bedeutung im praktischen Leben. Aus Wissenschaft nnd Bildung. Einzeldarstellungen aus allen Gebieten des Wissens. 2. Auflage. Quelle & Meyer, Leipzig 1917. M. 1,50.

In außerordentlich geschickter Weise hat es der Verf. verstanden, die Lehre von den Bakterien im Rahmen eines kleinen Bandes allgemeinverständ-



lich vorzutragen. Dabei ist die Darstellung nie platt. Eingehend ist das Leben der für die Menschen so außerordentlich wichtigen und so interessanten Organismengruppe dargestellt. Die vorliegende zweite Auflage hat den Fortschritten der Wissenschaft entsprechend Rechnung getragen und dürfte sich wie die erste einen dankbaren Leserkreis erwerben.

Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Cohn, I. Urologisches Praktikum mit besonderer Berücksichtigung der instrumentellen Technik für Ärzte und Studierende. Urban & Schwarzenberg, Berlin-Wien 1919. M. 16,—.

Das vorliegende Praktikum enthält in flüssiger, gut angeordneter Darstellung ein kurzes Lehrbuch der Urologie. Der Verf. hat insbesondere die Technik aufs sorgfältigste beschrieben; die Ausführungen werden durch zahlreiche Abbildungen gut ergänzt und eindringlicher gestaltet. Eine Anzahl bunter endoskopischer und cystoskopischer Bilder ist dem Praktikum beigegeben. Es sei nicht unterlassen zu betonen, daß auch der Druck und das Papier ausgezeichnet sind und das Buch auch im Äußeren absolut nicht an die jetzt leider so wenig erfreulich ausgestatteten Bücher erinnert. Das Praktikum verdient, den Ärzten und Studierenden durchaus empfohlen zu werden.

Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Mahler, Julius. Kurzes Repetitorium der Hygiene. I. Teil, 4. Aufl. J. A. Barth, Leipzig 1919. Kart. M. 3,60, geb. 4,40.

Das vorliegende Repetitorium, bearbeitet nach den Werken von Esmarch, Flügge, Gruber und anderen Lehrbüchern der Hygiene, behandelt die Kapitel: Luft, Klima, Boden, Wasser, Ernährung, Nahrungsmittel und Kleidung. Es stellt die Tatsachen der Hygiene in gedrängter, aber gut verständlicher Form dar und wird seiner Aufgabe, ein brauchbares Repetitorium zu sein, völlig gerecht.

Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Lewandowsky, M. Praktische Neurologie für Ärzte. III. Herausgegeben von R. Hirschfeld. Fachbücher für Ärzte, Bd. I. Julius Springer, Berlin 1919. M. 18,—.

Am 4. April 1918 starb M. Lewandowsky an Typhus; einem letzten Wunsche des hervorragenden Neurologen entsprechend hat R. Hirschfeld die Herausgabe der 3. Auflage übernommen, welche bereits drei Jahre nach der zweiten durch steigende Nachfrage notwendig wurde. Ein solcher Erfolg eines spezialistischen Buches in der Kriegszeit bestätigt die gute Prognose, welche hier dem Buche L. bei den früheren Auflagen (Bd. CXXV, S. 154) gestellt wurde, und wird ihm auch in der Neubearbeitung, welche insbesondere die Kriegsneurosen und Begutachtungsfragen sowie die Erkrankungen des Linsenkerns betrifft, gewiß treu bleiben. Außer dem in der seinerzeitigen Besprechung der 2. Auflage gegebenen Hinweis auf das Fehlen einer Erwähnung der Radiothermen (Joachimsthal, Gastein) bei der Bäderbehandlung der Tabes wegen der guten Beeinflussung von Krisen und lanzinierenden Schmerzen würde sich vielleicht auch für den Praktiker eine Erwähnung der Behandlung der Paralyse mit Nukleininjektionen empfehlen.

P.

Clasen, San.-Rat Dr. med. F. E. Varicen-Ulcus cruris und ihre Behandlung. Urban & Schwarzenberg, Berlin-Wien 1919. K. 4,—.

Das kleine Buch enthält im wesentlichen die genaue Beschreibung der vom Verf. geübten Technik des Zinkleimverbandes. Der Verf. hat die Behandlung des Ulcus cruris, wie er im Vorwort erzählt, vor 30 Jahren zunächst als Nebenbeschäftigung begonnen und findet „jetzt, wo die Nebenbeschäftigung zur Hauptsache geworden ist, in einem Alter, das jede regelmäßige Praxis verbieten würde, eine reich gesegnete Tätigkeit nebst einer sorgenlosen Existenz". Mit vollem Recht beklagt er es, „daß auf der Universität diesem schweren und doch verhältnismäßig so leicht heilbaren Leiden eine so weitgehende Nichtachtung entgegengebracht wird", und wir können nur allen, die diese Lücke empfinden, die Lektüre des Buches angelegentlichst empfehlen.

Walther Pick (Teplitz-Schönau).



Der Redaktion eingesandte Bücher.

(Besprechung vorbehalten.)

Prowazek, S. von (†) — **Nöller,** D. W. Handbuch der pathogenen Protozoen. 7. Lieferung. Verlag J. A. Barth, Leipzig 1920. M. 30.

Fehlinger, H. Das Geschlechtsleben der Naturvölker. Verlag C. Kabitzsch, Würzburg 1921. M. 15.

Bunge, Prof. Dr. G. v. Die Ausrottung der Geschlechtskrankheiten. 2. Auflage. Verlag F. C. W. Vogel, Leipzig 1920. M. 1.

Fürth, Henriette. Die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten. Verlag H. Minjon, Frankfurt a. M. 1920. M. 12.

Kämmerer, Prof. Dr. H. Die Abwehrkräfte des Körpers. Verlag B. G. Teubner, Leipzig-Berlin 1919. M. 2,80, geb. M. 3,50.

Schmidt, Prof. F. A. Wie erhalte ich Körper und Geist gesund? Verlag B. G. Teubner, Leipzig-Berlin 1921. M. 2,80, geb. M. 3,50.

Varia.

In Baden-Baden starb am 31. Oktober 1920 im 51. Lebensjahre Dr. Max Müller, welcher vom Jahre 1899 an dirigierender Arzt der Abteilung für Hautkranke am städtischen Krankenhause in Metz gewesen ist. Er stammte aus der Neisserschen Schule und hat die Abteilung in Metz trotz ungünstiger äußerer Verhältnisse mit großer Sorgfalt und einem außerordentlichen Organisationstalent so umgestaltet, daß sie den modernen Anforderungen entsprach. Auch sonst hat er sich im Kampf gegen die Geschlechtskrankheiten sowohl im Gebiete seiner speziellen Tätigkeit als auch durch seine literarischen Arbeiten große Verdienste erworben, besonders bei der Einführung der Beratungsstellen, bei der Verbesserung der ärztlichen Untersuchung der Prostituierten, bei der Organisation der kurzfristigen Vorträge über Frühbehandlung und Frühdiagnose der Geschlechtskrankheiten usw. Er war unermüdlich im Kampfe gegen die Geschlechtskrankheiten tätig. Nach Kriegsende wurde er aus Metz ausgewiesen und mußte alles, was er geschaffen hatte, verlassen. Tief niedergedrückt ließ er sich in Baden-Baden nieder. Die Fachgenossen werden dem verdienstvollen Kollegen, der sich allgemeinsten Ansehens erfreute und der wohl auch als ein Opfer des Krieges anzusehen ist, ein dankbares Andenken bewahren.

Prof. Linser (Tübingen) hat für seine Person die Rechte eines ordentlichen Professors erhalten.

Prof. Zieler (Würzburg) wurde ad personam zum Ordinarius ernannt.

Prof. Franz von Krzystalowicz ist von Krakau nach Warschau übergesiedelt.

Deutsche Dermatologische Gesellschaft. Die Mitglieder werden dringend gebeten, bis spätestens den 15. März ihre genauen Adressen — auch wenn sie sich nicht verändert haben — und die Anmeldungen von Vorträgen und geschäftlichen Anträgen an Geheimrat Jadassohn, Breslau, Maxstr. 1 einzusenden.

Wer an dem Kongreß teilnehmen will, muß dies bis zum 15. März Herrn Prof. Arning, Hamburg, Klopstockstr. 18 mitteilen. Die ausführlichen Programme können nur an diejenigen versandt werden, welche sich in dieser Weise angemeldet haben.

Register zu Band 133.

I.

Sachregister.



B.



C.



D.

F.

G.

I.

L.

M.



O.

P.







T.

U.



V.

W.

X.

Z.





II.

Autorenregister.







*Diesem Heft ist das Verzeichnis „Die Medizinischen Erscheinungen des Jahres 1920 der Verlagsbuchhandlungen **Julius Springer** in **Berlin** und **J. F. Bergmann** in **München**“ beigefügt.*

Druck der Spamerschen Buchdruckerei in Leipzig




UNIVERSITY OF MICHIGAN
3 9015 07294 3429





